New Brunswick Advisory Council on the Status of Women

Women and the Future of Health Care in Canada

Brief to the Romanow Commission
on the Future of Health Care in Canada

August 2002

New Brunswick Advisory Council on the Status of Women
236 King St. Fredericton, NB E3B 1E2
Tel.: (506) 444-4101 or 1-800-332-3087 - Fax: (506) 444-4318
E-mail address: acswcccf@gnb.ca - Internet site: www.acswcccf.nb.ca

Table of Contents

Executive Summary 1
Introduction 2
1. Determinants of Health and How They Affect Women 3
  1.1 Women's Lifestyles 3
  1.2 Life Stress 5
  1.3 Educational Attainment 5
2. Evidence of Women's Poverty-Health Link 5
  2.1 Gender-based Analysis of Poverty 7
  2.2 Pay Equity 8
  2.3 Health, Poverty, and Early Childhood 9
  2.4 Elderly Women 10
3. Women's Different Health Service Needs 11
4. Women's Growing Role in Health Care Delivery 12
  4.1 Women's Informal Role in Community and Family 12
  4.2 Women's Formal and Professional Roles Relative to Health Care Institutions/Programs 13
5. Official Languages and the Principle of Health Care Availability 14
  5.1 Legislation 14
6. Perspectives on the Future of Health Care in Canada & Recommendations 15
  6.1 Increase Public Investment in the Health Care System 15
  6.2 Share the Costs of Health Care System 17
  6.3 Let the Public Choose 18
  6.4 Reorganize Health Care Delivery 19
Conclusion 23
Recommendations of the New Brunswick Advisory Council on the Status of Women . 24
Bibliography 26

105-03792/

Who Are We?

The Advisory Council on the Status of Women (ACSW) was established by the provincial government as an agency for consultation and study on matters relating to the status of New Brunswick women.

The terms of reference of the ACSW are to:

- advise governments;
- heighten public awareness of issues, programs, and services;
- recommend legislation, policies, and practices to the Government of New Brunswick;
- facilitate networking among women's groups;
- gather, research, and disseminate information.

We are thirteen members appointed by the provincial Cabinet plus a small staff working to promote equality of opportunity, freedom from discrimination, equal pay, equal benefits, equal status, and equality of results, as well as respect for differences between women and men in all sectors of New Brunswick society.

The issues that the ACSW undertakes emerge from consultations of the public, women's groups, and our members.

Executive Summary

Women and the Future of Health Care in Canada

A Brief to the
Romanow Commission on the Future of Health Care in Canada

by the
New Brunswick Advisory Council on the Status of Women

Our vision of health must conceive of the community as the starting point for wellness interventions - and health care institutions, the last resort. Programs to encourage good living habits and early childhood development programs must be seen as part of the health care system.

A comprehensive approach to health is needed which emphasizes prevention and promotes determinants of health such as income and social status. Socio-economic status determines women's health more than does lifestyle, and as much as access to medical treatment. Since the health of children is jeopardized by poverty – and our poorest families are female lone-parent families – we must not overlook the war on poverty and attempts to narrow the gender pay gap as measures to promote health and to keep health system costs in check.

Women more often than men are the ones to provide care for sick partners, children and parents. Deep cuts in home care services such as housekeeping and relief services have brought hardship for women who take on this social responsibility. Caring for the sick at home with no pay and little government support in the form of services ghettoizes these caregivers in poverty. The needs of these care providers must be taken into account, as do those of paid home care providers, who earn extremely low pay, especially in New Brunswick.

Women use health services more often than men, although health care costs are practically the same for both men and women. Women more often call on health providers for reasons involving their reproductive system, and for chronic and debilitating conditions.

The community model of health care requires teams in which all health stakeholders work together. The current fee-for-service system discourages teamwork. Women make up the great majority (80%) of paid health care providers, but their voice is not heard. Nurses must play a larger role in health care provision.

Governments must oppose privatization of the services of the health care system and user fees. Uniform policies regarding accessibility and universality of services must be adopted and, given the divergent needs and role of women, gender-based analysis must be part of health policy development.

Introduction

Various studies conducted in New Brunswick show that there is a consensus on the purposes and goals of health care reform. Those purposes and goals are ultimately aimed at achieving a wellness model based on the determinants of health espoused by Health Canada.[1]

A study of health care in New Brunswick provides an overview of those target purposes and goals:[2]

1. integrate and better coordinate health services;
2. increase the emphasis on health promotion and disease prevention;
3. place greater emphasis on primary health care services;
4. develop and achieve a community and regional focus for health care.

Like the other Canadian provinces, New Brunswick is pursuing major health care reform at this time.

The New Brunswick Advisory Council on the Status of Women espouses a community-based holistic vision of health. The ACSW hereby submits its perspective, which is a perspective that emphasizes women's interests.

We wish to thank the Commission for this opportunity to express our views regarding this process of critical significance for health care in Canada.

---

1. Health Canada, www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/index.html.
2. *Health Services Review, New Brunswick*, presented to the Premier of New Brunswick, February 1999, available at www.healthcarecommission.ca.

1. Determinants of Health and How They Affect Women

A recent discussion document on health care in New Brunswick[3] defined wellness as a state of emotional, mental, physical, social, and spiritual well-being that enables people to reach and maintain their personal potential in their communities.

Achieving this state of wellness requires a comprehensive approach to health that emphasizes the following concepts:

- health promotion;
- prevention;
- determinants of health (factors that affect our health, such as income and social status).

Much of this brief addresses the consequences of poverty on the health of women and children, who make up the poorest groups in Canadian society. Health reform that fails to reckon with these factors will be devastating for both women and children.

1.1 Women's Lifestyles

1.1.1 Physical Inactivity

Physical activity is known to be a key determinant of health. It has been shown that people in the Maritimes are engaging in less and less leisure-time physical activity. In fact, New Brunswick is the second least "active" province in the land.

Physical inactivity is directly tied to the obesity problem. Because women are increasingly required to shoulder family obligations and tend to gain more weight than men as they age, they face a growing risk of hypertension and cardiovascular disease. Twenty per cent of New Brunswickers are obese, as opposed to 12% of other Canadians.[4]

According to a Statistics Canada national survey conducted in 1996-1997, 64% of New Brunswickers aged 12 and over are physically inactive.[5]

---

3. Select Committee on Health Care, New Brunswick Legislative Assembly, *What about Wellness?* Discussion Guide, fall 2000.
4. Advisory Council on the Status of Women, *Growing Up Female in New Brunswick 1970-2000,* 2001, p. 172, available at www.acswcccf.nb.ca
5. Ibid., p. 4 in reference to *Statistical Report on the Health of Canadians*, prepared by Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health for Meeting of Ministers of Health, Charlottetown, P.E.I., September 16-17, 1999, p. 206.

1.1.2 Smoking

Although cancer accounts for more deaths among men than among women in New Brunswick, we observe that many more women have begun smoking since the 1970s and 1980s. It is projected that more women could die of lung cancer in the future.

Current figures are troubling enough as it is, with lung cancer mortality among women running five times higher than in 1970.[6] While it still claims the lives of more men, we see that lung cancer killed 6,500 Canadian women in 1998, whereas breast cancer claimed 5,300 lives.[7]

Since women and men do not smoke for the same reasons – women smoke to control their weight, for one – we suggest developing smoking cessation programs that would target the need of female adults and teenagers.

1.1.3 Teenage Girls and Smoking

By comparison with Canada as a whole, the Atlantic region posts the highest rates of teenage smokers. Thirty-three per cent of New Brunswick's teenagers smoke,[8] compared to 28% of adults.

The number of female teenage smokers grew during the 1990s, which was not the case for adults. It is also troubling to see teenagers beginning to smoke sooner. According to the literature, the earlier people start smoking, the less they will be inclined to stop.

Evidence confirms that cigarette smoking is one means of relieving stress and that 22% of young women aged 15 to 24 report that they are very stressed by lack of time, compared to 10% of males in that age group.[9] Both young women and men reported higher stress levels in 1998 than in 1992.[10]

Teenage girls and women state that they smoke to control their weight, and young women are seen to be more concerned about their weight than other women.

The large number of smokers may relate directly to the weight control issue and the ever-increasing stress level among Canadians.

---

6. N.B. Advisory Council of the Status of Women, *Wellness in New Brunswick,* submission to the Select Committee on Health Care, New Brunswick Legislative Assembly, November 2000, p. 3, in reference to *Maritime Centre of Excellence for Women's Health*, by Dr. Ronald Coleman of GPI Atlantic, *Women's Health in Atlantic Canada: A Statistical Portrait*, p. 15.
7. Ibid., in reference to *Statistical Report on the Health of Canadians,* prepared by Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health for Meeting of Ministers of Health, Charlottetown, P.E.I., September 16-17, 1999, p. 182.
8. *Supra,* note 6, p. 7 in reference to *Maritime Centre of Excellence for Women's Health*, p. 15.
9. Ibid., p. 5.
10. Ibid.

1.2 Life Stress

It is widely recognized that the level of life stress is a major determinant of health. According to Statistics Canada and Health Canada, many hospital admissions and deaths are stress-related. The increased stress level in women coincides with their large-scale entry into the labour market. The difficulty of balancing family and professional responsibilities, i.e. the problem of "overloaded schedules" or the more recent phenomenon of "lack of family life," are largely responsible for the growing level of life stress.

In most families today, both parents must work full time to make ends meet. Early this year, the Vanier Institute of the Family declared that families must work 65 to 80 hours a week to enjoy a quality of life comparable to what the previous generation enjoyed on a single salary.[11]

Canadian studies show that women have come under more stress than men since the mid-1980s. According to the figures, 28% of women were seriously stressed, compared to 23% of men.

These figures reflect the increases in stress we have witnessed among all age groups in Canada since the 1980s. However, gendered differences are much more pronounced for teenage girls, which may explain the increased number of smokers in that group.

As studies indicate, stress weakens our immune system and affects the development of cancer cells.

1.3 Educational Attainment

Health Canada includes educational attainment in its key determinants of health. The higher the educational attainment, the better job and income prospects become. Furthermore, the healthier people are, the higher their educational attainment. This indicates the interdependence of the factors of educational attainment, income, and health.

Indeed, it is known that poverty is often associated with low educational attainment.[12] Women having post-secondary education experience much less poverty than women with less formal schooling.[13]

2. Evidence of Women's Poverty-Health Link

Growing numbers of studies indicate that poverty and inequality literally make us sick. Conversely, material ease and equality favour health and wellness.

There is conclusive evidence that poverty is a reliable predictor of wellness or lack thereof. There is also a correlation between low income and high hospital admission rates.

---

11. *Telegraph-Journal*, May 25, 2000, article on publication of a report by Vanier Institute of the Family.
12. Lochhead, Clarence and Katherine Scott, *The Dynamics of Women's Poverty in Canada*, Canadian Council on Social Development, funded by Status of Women Canada, March 2000, http://www.swc-cfc.gc.ca, p. 20.
13. Ibid., p. 20.

When we consider that the majority of poor Canadians are women, one woman out of five to be exact, we can readily figure that poverty has a powerful effect on women's health. Statistics show, in fact, that 1.9 million Canadian women, 40,000 in New Brunswick, lived in poverty in 1999,[14] suggesting that many children also live in poverty. It bears mentioning that the annual wage of New Brunswick working women is 79% of what men earn.

The study *The Dynamics of Women's Poverty in Canada* cites Eichler (1983), Harman (1992), National Council of Welfare (1990), and Townson (1995),[15] all of whom agree that the factors explaining why women are poorer than men include the following:

- gendered patterns of labour market participation and segmentation;
- women's primary responsibility for childbirth, child rearing, and unpaid domestic labour;
- a pension system tied fundamentally to labour market earnings; and
- life expectancy.

Indeed, socioeconomic status determines women's health more than do lifestyles (behavioural determinants of health). This drives home the importance of narrowing the gap between men's and women's income in order to improve women's health.

Pursuing this same line of thought, other studies even show that men have a better chance of climbing out of poverty.[16] Given the facts we have just mentioned, we can certainly understand why.

Divorce or widowhood can also plunge women into poverty.[17] We even see that women without children who move from the status of "married" or "common-law spouse" to the status of "woman alone without children" all too often fall into the "poor" category.

In exploring how this affects poverty among women, we find that women have less access to employment-related private medical plans, amass fewer pension fund savings, and are less available for employment. Consequently, women are at greater risk of living in poverty and of being categorized as "poor women" in old age.

Studies show that the health-poverty link is a stronger determinant among women than among men. Authors Margaret Denton and Vivienne Walters have shown that socioeconomic status is a stronger determinant than lifestyle insofar as women are concerned. We therefore conclude that poverty is among the key factors in women's health.[18]

We also realize that women are admitted to hospital more often than men and that hospital care is the costliest component of the health care system.

---

14. Statistics Canada, Income Trends in Canada, *1980-1999*.
15. *Supra*, note 12, p. 11.
16. Ibid., p. 23.
17. Ibid., p. 25.
18. The Canadian Women's Health Network, Brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, December 2001, p. 14.

This clearly shows that government policies aimed at alleviating poverty and inequality would significantly affect health care budgets and would be more cost-effective in the long term. Any vision of health must include measures to combat poverty in view of how poverty affects women and children.

The literature increasingly shows a link between health and economic inequalities within the community. The poorer the community, the higher the mortality rate.[19] The determinants of health relating to health services and access are obviously crucial in socio-economically underprivileged communities. This underscores the importance of such issues as access to health services in one's own language.

2.1 Gender-based Analysis of Poverty

A Manitoba study clearly projects the general situation of women, i.e. women are poorer than men, especially women who are single-parent mothers, disabled women, women from visible minorities, senior women, widows, and Aboriginal women.[20] Women generally occupy part-time jobs, which is not the case for men.[21]

According to other studies, women who spend most of their time as "taking care of others" do not fulfil their own needs and are more likely to have insecure, low-paying jobs with few benefits. Moreover, because of their unstable, lower position in the labour market, those women frequently leave their paid employment and return home to care for their family. Thus, "women who lack access to decent jobs with decent wages are judged to be 'victims of family choices, of family circumstances of their own making'."[22]

The authors further assert that contemplating motherhood or becoming a parent is the most significant factor in gender differences and thus financial ease in today's society.[23]

It has to be said that women's poverty all too often depends on the presence or absence of a male partner in their life. Certain studies are conclusive: poor women are three times more likely to climb out of poverty if a wage-earner comes into the family.[24] Conversely, a woman who is not poor but loses an earner in the family is four times more likely to fall into poverty, compared to women with a spouse and a family structure that is intact.

The picture is even bleaker for single-parent mothers because the chances of exiting poverty are largely a matter of having an earner enter the family picture. Going by the figures, the arrival of an earner (usually a male) makes it five to eight times more likely that the family will emerge

---

19. Women's Health Clinic, *Women, Poverty and Health in Manitoba: An Overview and Ideas for Action,* July 2000, http://www.cwhn.ca
20. Ibid.
21. Statistics Canada 1995.
22. Christa Freiler, Felicite Stairs, Brigitte Kitchen with Judy Cerny, *Mothers as Earners, Mothers as Carers. Responsibility for Children, Social Policy and the Tax System*, Status of Women Canada, March 2001, www.swc-cfc.gc.ca, in reference to Fox 1997: 144.
23. Ibid.
24. *Supra,* note 12, p. 47.

from poverty, compared to single-parent mothers whose family structure has remained unchanged.[25]

Since socioeconomic status is as strong a determinant of health as access to medical treatment, one should not overlook measures to reduce poverty in Canada to keep our society healthy.

2.2 Pay Equity

Notwithstanding the recent decline in women's poverty, women are still much poorer than men. As was discussed earlier, women often depend on another person in the family for their economic security.[26]

The tendency of government financial security programs to treat women solely as mothers or wives is slowly fading.[27] Still, women's entry into the labour market has not lifted them to the same level of financial security that men enjoy. Their work is not paid as well, and it is often part time. We note that women's large-scale entry into the labour market coincided with economic restructuring during the 1980s and 1990s. That, too, was a factor in the small number of stable, well-paid jobs for those women.[28]

The increase in single-parent families over the past 30 years is creating persistent poverty among women despite their labour market participation.[29] In 1997, 56% of lone mothers lived in poverty.[30]

Besides adopting policies to establish pay equity between men and women, a previous ACSW report[31] recommended a type of remuneration involving the award of free time instead of traditional types of compensation, such as complimentary golf passes. According to a Health Canada study, 19.8 million work days were lost in 1997 because workers were unable to reconcile their family and professional responsibilities. Since men and women have reported higher stress levels owing to lack of time, we propose that employers remunerate men and women by giving them more free time.

---

25. Ibid.
26. Ibid.
27. Ibid., p. 41 in reference to Orloff 1993.
28. *Supra*, note 12, p. 41.
29. Ibid., p. 42.
30. Statistics Canada 1999:35.
31. N.B. Advisory Council on the Status of Women, *Wellness in New Brunswick*, submission to the Select Committee on Health Care, Legislative Assembly of New Brunswick, November 2000, p. 10.

2.3 Health, Poverty, and Early Childhood

The Nurses Association of New Brunswick has said that the health of our children is jeopardized by poverty.[32] It has been well documented that the poorest families are single-parent families (often a lone mother). [33]

Many studies have established that early screening for childhood developmental problems and efficient medical treatment are both essential for children's good health.

Cuts in the public and institutional health system endanger the sound health of children, especially our poor children. The user fee option would have the same detrimental effect.

Full coverage of health care and drugs through health insurance is essential for the good health of children in many Canadian families. Many low-income families that do not meet the criteria for certain types of free care are already feeling the effects of those cuts. Those families lack rapid access to drugs or else must buy cheaper, non-prescribed drugs. In view of this, the ACSW insists again on the importance of maintaining health insurance programs to improve the chances of keeping our children healthy.

2.3.1 Early Childhood Development Initiative for a Healthy Society

It is recognized that good eating habits acquired at an early age are more likely to carry over into adulthood. This suggests that good eating habits in children would result in improved population health. The same is true for physical activity and the other determinants of health.

According to the Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, physical inactivity among 61% of Canadian children aged 5 to 17 is such that their future development will suffer the effects. The picture is even worse for New Brunswick. The number of high schoolers attending physical education classes is dropping, and elementary school pupils now spend less time in gym than before. Whereas children and youth have never had so many recreational activities, we nevertheless see a decline in fitness. Part of the explanation is the lack of physical exertion required for such leisure activities as computers and television.[34]

Here again, the user fee option would obviously prove disastrous for the children of Canada's poor families.

The Nurses Association also asserts that implementation of the Early Childhood Development Initiative, which includes screening for children at risk and early intervention, is vital to the health of our children. One critical consideration, it reports, is the shortage of public health and school nurses.[35] Here again, we note the ample evidence that the earlier the intervention, the

---

32. *The Future of Health Care in New Brunswick: The Nursing Contribution*, Presentation to the Health Services Review Committee, December 8, 1998, p. 19.
33. *Supra*, note 12, p. 13.
34. *Supra*, note 31, p. 6.
35. *The Future of Health Care in New Brunswick: The Nursing Contribution*, Nurses Association of New Brunswick, Presentation to the Health Services Review Committee, December 8, 1998, p.19.

better the chances of preventing health problems that will eventually require medical treatment or hospitalization.

The concept of early childhood development centres is gaining in popularity. Those centres could become entry points for informing children and their parents about proper eating habits. They also have remarkable potential for heightening health awareness. The effects of such education and training will carry over into adolescence.

Other obvious, immediate advantages of early childhood development centres are early screening and intervention for learning disorders and behavioural problems.

Many authors note a big gap when children start school. That gap must be filled by establishing health promotion programs for those children as well. Note, too, that the health of teenagers is often overlooked. Health system reform should address this as well. Indeed, the National Forum on Health report issues this warning:

> (. . .) ignoring the changing needs of youth could have serious consequences for all of us: loss of human capital, erosion of civic spirit, and poor health could be looming on the horizon.[36]

Health promotion programs should address such issues as physical education and physical activity; risky behaviour such as smoking and alcohol or drug abuse; health research programs (covering human growth and development, sexual health, family life, etc.), mental health and emotional wellness, body weight and image, suicide prevention, and so on.

2.4 Elderly Women

As was mentioned earlier, poverty and inequality are recognized as effective gauges of health. In fact, the interdependence between socioeconomic status and health grows stronger with ageing.

It has been established that people in low-income groups are less likely to engage in physical activity than those with higher incomes. Improving the economic situation of women would therefore entail an increase in their physical activity, and they would require less medical care.

With this in mind, we need to look at the factors that limit physical activity in elderly men and women. For example, elderly women are three times more likely to suffer from arthritis, whereas elderly men are more prone to cardiovascular and back problems.[37] Physical activity and physiotherapy programs should therefore be designed with regard for gender differences. These measures are especially important for elderly women, who are less apt to engage in fitness activities or sports.

Elderly women live longer than elderly men, but they also make more use of health care services, especially from age 75 and up.

---

36. *Canada Health Action: Building on the Legacy*, National Forum on Health, Canada, 1997, www.nfh.hc-sc.gc.ca.
37. *Supra*, note 6, p. 9, cf. reference document, p. 6.

Although Canadian social policy has significantly improved the economic situation of our seniors in the past 20 years, more elderly women are poor than elderly men.[38] In 1980, 26% of Canadian women aged 65 or over (16% in New Brunswick) lived under the poverty line; in 1999, 11% of them (6% in New Brunswick) were poor. Elderly women who live alone are especially poor: 24% of them in Canada, (11% in New Brunswick).

These figures show that political determination can spur positive achievements. The ACSW encourages the adoption of measures to fight poverty among elderly women in order to help keep them in good health and thereby reduce their use of health services.

Having said this, lone senior women nevertheless form the group of elderly people who have not reaped as much benefit from pension reform. In addition, women who work full time have annual salaries that are about 70% of men's salaries. Although the following generations of women will have better pensions owing to their labour force participation, women now in the labour market will have nowhere near economic equality upon retirement since pension plans are based on salary.

3. Women's Different Health Service Needs

We should start by taking stock of women's health needs. Women use health services for reasons involving their reproductive system – during pregnancy and menopause, for example. Women also suffer from chronic and debilitating conditions more often than men and have lower self-esteem. The ACSW believes that the gender factor should be included in the determinants of health.[39]

According to Statistics Canada, poor people are twice as likely to be hospitalized and 62% of poor women are more likely to be hospitalized.[40] It is well known that women use health care services more often than men. **The literature has shown, however, that more frequent use of services does not mean that women's care costs the health system more. Apparently, health care costs are practically the same for both men and women.**[41]

Health Canada recently committed to implementing resources for gender-based health policy analysis. Such analyses will take account of women's interests and needs, unlike traditional analyses, which simply transposed male-focused interventions and studies to women.[42] By taking account of biological and social differences between men and women, this new initiative will help meet women's specific needs through health care planning.[43] Clear distinctions are required in terms of the health of men and women, their economic situation, their social responsibility, and so on.

---

38. Statistics Canada, Income Trends in Canada, 1980-1999
39. *Supra*, note 35, p. 18.
40. *Supra*, note 6, p. 2, cf. reference document, p. 15.
41. *Supra*, note 18, p. 4 in reference to Cameron A. Mustard, Sc.D., Patricia Kaufert, Ph.D., Anita Kosyrskij, M.Sc., Teresa Mayer, "Sex Differences in the Use of Health Care Services," *New England Journal of Medicine*, Vol. 338:1678-1683, No. 23, June 4, 1998.
42. Women's Health Bureau, Health Canada, *Guide to Gender-based Analysis*.
43. *Supra*, note 18, p. 17 in reference to T. Horne, L. Donner and W. E. Thurston, *Invisible Women: Gender & Health Planning in Manitoba & Saskatchewan and Models for Progress*, 1999, www.pwhce.ca/pdf/iv.pdf.

A similar approach of gender-based analysis of health policy is needed at the provincial level.

4. Women's Growing Role in Health Care Delivery

The 1999 *Health Service Review*[44] notes that chronic care patients are being released back into the community at an accelerating pace and that the length of hospital stays is steadily shrinking. The responsibility for those patients is shouldered by the family, especially women.

Recent years have seen deep cuts in home care services, such as housekeeping and relief services. Those services were originally provided for the transition from hospital to community. This poses a dilemma for women who are in the labour market or wish to be but must take on this social responsibility. The situation is seen as a setback for women's interests because the traditional role of "taking care of the family" without compensation of any kind has long been denounced. This is not even mentioning the guilt that may be instilled in women who contemplate not caring for sick people without compensation at the cost of their career or a decent income to meet their needs and those of their family.

Caring for the sick at home with no pay and precious little government support in the form of services ghettoizes women in poverty.

4.1 Women's Informal Role in Community and Family

Women account for two-thirds of the unpaid work done in Canada. This figure represents 8.5 million full-time jobs. The economic value ranges from 32 to 54% of the GNP; the monetary value is an estimated $374 billion. Based on this, the dollar value for replacing a jobless mother in Canada is roughly $24,350.[45]

Statistics for 1996 show that 60% of those responsible for the care of relatives or elderly people have chronic health problems of their own. In terms of time, that work comes to five hours a week by comparison with men's work in this capacity, which comes to three hours a week.[46]

Unpaid health care work by women entails such tasks as managing appointments and organizing or providing care to family members.[47]

There is a growing tendency to ask people to provide the care normally delivered by nurses. The risk involved is obvious when one realizes that those people lack the necessary training. This may perpetuate the under-evaluation and under-payment of women's work..

---

44. *Supra*, note 2, Part 5.5.4 "Home Support," available at www.healthcarecommission.ca.
45. *Supra*, note 35, p. 21.
46. Ibid.
47. The Canadian Women's Health Network, Brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, December 2001, p. 13, available at www.healthcarecommission.ca.

It is not our intention to undervalue volunteer activities in the community but rather to encourage continuing debate on the issue. Increasingly, unpaid volunteer work in the community is measured in dollars to persuade governments of its importance. This same approach is used for housework and child care. It shows how much our culture fails to take account of certain forms of work, particularly the work often done by women.

Families have never worked so hard or so many hours to make ends meet. The expression "lack of family life" is a familiar one. Instead of asking busy people to volunteer some of their time, it might be better to explore supporting those who are already doing volunteer work.

It is also known that women are the "guardians of health" of their family.[48] It is mostly women who provide care for their sick partners, elderly parents and children.

McDaniel observes that women who take care of those around them are less likely to plan activities that would enable them to meet their own needs and those of their children and are therefore more likely to occupy insecure, poorly paid jobs with few benefits. They are also more likely to leave paid jobs if "needed at home," sometimes owing to their lower position in the labour market. It is therefore felt that women with little access to decent jobs and a decent wage fall victim to their family circumstances.[49]

4.2 Women's Formal and Professional Roles Relative to Health Care Institutions/Programs

Women make up 80% of paid health care providers. As has been raised in one of the briefs submitted to the Commission[50], the voice of those 80% of women does not correlate with their actual numbers. An *Inquest into the Pediatric Cardiac Surgery Unit* at the Manitoba Health Centre shows the systematic discrimination against nurse administrators in matters as important as the quality of health care.[51] The same problem exists for women providing unpaid services in the community.

Another problem raised in this area of work is the extremely low pay of women who provide home care services for the chronically ill. Administrative expenditure for management of those services by agencies/organizations reduces the hourly rate from $ 9.50, set in 1996 by the Department of Health and Community Services, to $ 5.50 or $ 7.50. Compounding this, transportation expenses and travelling time for those workers are not covered.

This situation earns New Brunswick the dubious status of the Canadian province paying the lowest rate. To reach the equivalent of, say, the welfare income allowed a single parent with two children, those workers would have to earn $10.13 an hour. This means that the rate for domestic workers does not even equal New Brunswick's welfare rate, which is among the lowest in Canada.[52]

---

48. *Supra*, note 36.
49. *Supra*, note 22.
50. *Supra*, note 18.
51. *Supra*, note 18, Part I "Why Women are Concerned about Health Reform."
52. *Supra*, note 2, Part 5.5.4.

5. Official Languages and the Principle of Health Care Availability

An organization that advocates for women from both linguistic communities cannot remain silent about the language of health care service, now a topical issue in New Brunswick.

A study initiated by a recently established Francophone consultative committee revealed that French-language health services in minority communities were three to seven times less available than English-language services.[53]

The rights and freedoms contained in the Charter cannot be arbitrarily restricted. Non-compliance with those principles as regards the language of health care service interferes with the right of Canadians to service availability, as well as the values of equity and quality of health care service.

5.1 Legislation

The *Canada Health Act* guarantees health care availability to all Canadians, regardless of where they live. The 1969 *Official Languages of New Brunswick Act* promotes the use of English and French in Canadian society through the aegis of the federal government.[54] The *Act Recognizing the Equality of the Two Official Linguistic Communities in New Brunswick*[55] is written into section 16.1 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms.

The *Canada Health Act* should include the principle of linguistic duality. This would allow official language minorities across Canada to receive health care in the language of their choice. The *Canada Health Act* would therefore include a sixth principle: i.e. public administration, comprehensiveness, universality, portability, accessibility, and **linguistic duality**.

It is difficult to speak of prevention and accessibility of services if a person does not understand the language used by the health professional and otherwise cannot obtain services in the official languages.

---

53. Health Canada has set up a French-language consultative committee in tandem with an English-language committee to advise on departmental language policy directions with a view to compliance with federal official languages legislation.
54. Part VII of *Official Languages Act*, s. 41.
55. S.N.B. 1981, c. O-1.1.

6. Perspectives on the Future of Health Care in Canada & Recommendations

Having taken stock of women's situation as regards the determinants of health and the health system overall, the ACSW wishes to respond to the four scenarios proposed by the Commission within the framework of its public consultation: to increase of public investment; to ask users to share the costs; to let the public choose public or private services and to reorganize service delivery.

6.1 Increase Public Investment in the Health Care System

Position of the ACSW —More public investment cannot solve all existing problems, at any rate, not without a reorganization of the health service delivery.

Many authors note that the public is being given the message that our health care system, as we know it is too costly and could move us towards recession. This message, proclaimed far and wide,[56] creates a sense of urgency that may lead to the acceptance of drastic changes that are not necessarily beneficial for Canadians, especially women. A 1999 poll conducted in New Brunswick showed people worried about policy decisions aimed at increasing the costs of the system. Actually, this issue has all Canadians worried.[57]

6.1.1 Budget

It is widely documented that the costs of the Canadian health system are not exorbitant by comparison with the overall budget.[58] Current per capita spending is comparable to the 1992 level. Actually, Canada spends only 9.2% of its GNP on health, compared to 10.2% in 1992.[59]

The 1997 National Forum on Health mentioned that a large slice of health care budgets was spent on hospitals and doctor's salaries.[60] It further revealed that the public favours integrated, seamless, client-focused health care, with emphasis on the prevention and management of chronic disease.[61]

6.1.2 Budget Cuts and Nursing Staff in Health Care System

---

56. Brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, Canadian Institute of Actuaries, p. 22, available at www.healthcarecommission.ca; Canadian Health Services Research Foundation, *Mythbusters* / Myth No. 6, available at www.chsrf.ca.
57. *Supra*, note 2 in Appendix C: *Public Opinion Research: The Quality of Health Care in New Brunswick*, Corporate Research Associates Inc.
58. Registered Nurses Association of Ontario, *Ontario Registered Nurses Speak Out for Medicare: Protect, Preserve and Strengthen*, November 2001, p. 34, Brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, available at www.healthcarecommission.ca.
59. Canadian Health Services Research Foundation, *Mythbusters* / Myth No. 6, available at www.chsrf.ca
60. *Supra*, note 35, p. 14.
61. Ibid., p. 15.

Several Canadian provinces have sought to offset budget deficits by upsizing support personnel instead of hiring more nurses. This approach raises concerns about the quality of service.[62] Many groups, including the Nurses Association of New Brunswick, urge caution because this approach does not necessarily spell savings. Such matters as training costs, replacing personnel, and supervising less skilled employees need to be considered.[63]

Studies show that the care given by properly trained nurses produces bigger savings than reducing nursing staff can achieve. Care delivery by registered nurses seems to be beneficial and positive at all levels:[64]

1. to prevent complications;
2. to shorten hospital stays;
3. to lower the rate of readmission;
4. to reduce drug costs;
5. to boost patient satisfaction;
6. to improve understanding of the course of diseases.

When these six factors are in play, all health indicators point to short- and long-term savings.

The Advisory Council on the Status of Women believes that earmarking a large portion of the budget for community-based care could have substantial savings.

Education, community-based care, public health services, and determinants of health are the best options for bringing down health system costs.

6.1.3 Health Insurance Plans

Certain services have been phased out of Canadian health insurance coverage over the years. For some people, those services are now covered by private medical plans connected to employment. Workers who are beneficiaries of those plans must pay a portion of the cost involved.

In observing the impact of poverty on women, we find that since women are less available for employment, they have less access to private medical plans and employment-related pension funds. Women are often disadvantaged on this score because many of them cannot afford to set aside part of their income for private health care.

We cannot overemphasize the importance of health insurance plans for women. Cuts in this area would jeopardize even a minimum level of security for women and children.

According to many authors, the health insurance plan is the best formula from the economic standpoint. Charles Baillie shows that accessibility and universality, two pillars of our system,

---

62. *Supra*, note 35, p. 24 in reference to 1997 National Nursing Forum.
63. Ibid.
64. Ibid., p. 25.

could not be safeguarded if free market principles were applied to the Canadian health care system through privatization.[65]

6.2 Share the Costs of Health Care System

Position of the ACSW — We cannot support a policy direction that would require women to spend more for health care through the user fee scheme. The poverty rate among women and children justifies our position. Further to this, many studies in Canada and the United States have clearly shown the adverse effects of user fees on accessibility.

A recent survey reveals that 63% of Canadians are opposed to user fees or any cut in health services.[66] Instead, Canadians favour more efficient management of the system.

Researchers in Quebec have observed that patients cut back on taking prescribed drugs when those drugs were not covered by the public insurance scheme. As a result, their health deteriorated and emergency room traffic increased.[67] In the long term, it will cost more if the elderly and the poor are in ill health.

An Ontario study gives the example of a Saskatchewan experiment showing that besides keeping more poor sick people from doctor's offices, private clinics turned very little profit.[68] What is more, sick people are more likely to die when users are charged for care, and it is mostly the poor who make less use of medical services in this case.[69] Considering that poor people are not as healthy, the reduced use of medical services is certainly not a sign of success and merely delays more costly medical intervention.

It is well documented that Canadians hold dear the values that have guided our health system. By comparison with people elsewhere, Canadians recognize their Medicare system as an excellent one. People who argue that some abuse the system should take a look at the long-term effects of a policy based on punishment and at the disadvantaged position of the poor. **The figures show that only 2% of people abuse the health care system.**[70] Does the number of actual abusers justify putting the principles of universality and accessibility at risk?

This attitude does nothing to improve the determinants of health, officially recognized as the factors for good health. A healthy population, on the other hand, translates into savings for society. For example, if people delay visits to the doctor for financial reasons, the chances of worsening health increase, as do the chances of having to be hospitalized. Clearly, intervention costs much more than prevention. Waiting until a problem becomes an emergency is not the

---

65. *Supra*, note 63, p. 22.
66. Ipsos-Reid/Globe and Mail/CTV poll: "The health system should be managed better, not privatized," Radio-Canada National, January 26, 2002. These results are considered accurate to within ±3 percentage points, 19 times out of 20.
67. *Supra*, note 64, Myth No. 4.
68. Medical Reform Group of Ontario, available at http://www.hwcn.org/link/mrg.
69. *Supra*, note 77.
70. *Supra*, note 64, Myth No. 6.

answer. To avoid crisis, there needs to be home support, public education regarding disease, etc.[71]

6.3 Let the Public Choose

Position of the ACSW —We believe that privatization will introduce for-profit and commercial concepts and create a two-speed system. We are concerned about how this approach could adversely affect the accessibility and universality of health services for Canadian women and children.

Research has shown that the private health care system interferes with the principles of universality and accessibility.[72] Poor women will definitely be hard hit if this option is chosen. Most groups do not believe that private enterprise can be brought into health care without having profit take precedence over care.[73]

An experiment involving a for-profit clinic in Calgary showed that, services being equal, costs were higher than in public sector hospitals.[74] This trend seems to be a constant in for-profit clinics.

In an example from the U.S., a dialysis clinic referred fewer of its patients for kidney transplant because it was far more lucrative to keep them on dialysis. Furthermore, more patients dialyzed in private clinics died from their condition than did patients treated in public hospitals.[75]

It is worth mentioning that 40 million people in the U.S. are without health insurance.[76] The areas served by private sector hospitals in the U.S. are saddled with rapid increases in health spending. Administrative costs are higher, and the quality of care is inferior by comparison with care in public sector hospitals.

According to the Canadian Health Services Research Foundation, management of waiting lists for health services is random and inconsistent. As a result, there is no solid ground for arguing that private systems would shorten waiting times. Indeed, many studies have shown that a parallel health care system does not reduce waiting time in the slightest.

The Advisory Council's reaction to the first three scenarios presented by the Health Care Commission are summarized in our recommendations below:

---

71. Yan Muckle, "Plus de prévention, moins de béton," *L'Acutalité*, April 15, 2002, p. 37-38.
72. *Supra*, note 64.
73. Roger Doiron, Association des aînés et aînées du New Brunswick, *Acadie Nouvelle*, Tuesday, April 23, 2002, p. 23.
74. *Supra*, note 64.
75. Ibid.
76. Debbie McGraw, President of New Brunswick Nurses' Union, *Acadie Nouvelle*, p. 23, Tuesday, April 23, 2002.

RECOMMENDATIONS

That governments take a clear position against privatization of the services of the health care system.

That governments take a clear position against the principle of user fees for health care services.

That the federal government continue in its traditional role as defender of Canadian health care values by adopting uniform policies regarding service accessibility and universality.

That gender-based analysis be integrated in all health policy development.

That the *Canada Health Act* be amended to include a sixth principle, i.e. linguistic duality.

That structures be provided for joint action and implementation of French-language training programs for health professionals.

That the war on poverty among women of all ages rank equally with other measures to improve health by establishing appropriate government policies, such as pay equity and support for low-income families.

The ACSW believes that the reorganization of service delivery, as described in our next section, is more in tune with Canadian values.

6.4 Reorganize Health Care Delivery

Position of the ACSW — Canada's women and children need a service delivery model based on an approach that makes services accessible, affordable, equitable, client-oriented, and of high quality.[77] We strongly believe that the model proposed by the New Brunswick Nurses Union is a valid one that reflects a community-based holistic vision of health.[78] The ACSW lends its support to the integration of nurse practitioners into the public health care system.

As shown by the report that the Health Services Review Committee presented in 1999, reorganizing service delivery is a preferred alternative for New Brunswick.[79] Many organizations promote this idea, as described in the 1993 Nursing Services and Resources Management Plan.[80]

The community is the starting point for wellness interventions and health care institutions should be the last resort. A change in thinking is needed, however. We must move from a therapeutic concept of health to a concept that makes health synonymous with wellness.

---

77. Ibid., Part 4.1.
78. *Supra*, note 3, p. 9-10.
79. Roy J. Romanow, Q.C., Commissioner, Shape the Future of Health Care, Commission on the Future of Health Care in Canada, Interim Report, February 2002, available at www.healthcarecommission.ca.
80. *Supra*, note 2 Part 5.12.1.

The community model provides for setting up a team in which all health stakeholders work together. Decision-making authority decentralized to the regions allows those teams to work together to achieve provincial health goals.[81]

This integration model thus consists in delivering care that meets all health needs with minimum overlap. This economical scheme works in partnership with health care providers.

During studies on health services in New Brunswick,[82] it was demonstrated that the integration model may improve health care to a significant extent. For example, given that 60% of visits to emergency rooms are regarded as non-urgent, the use of nurse practitioners would help reduce:

1. visits to emergency rooms;
2. waiting time to see a doctor in an emergency room;
3. waiting time in non-urgent cases;
4. possibly, the number of doctors needed to serve the population.

Through this service delivery model, doctors would be freed up to concentrate on genuine emergencies more efficiently, and they would be spared from having to see all patients.[83]

In practical terms, the tasks of nurse practitioners (registered) would be to make diagnoses and prescribe therapeutic measures in their respective areas of expertise. It is not suggested that nurses should deliver services that fall outside their expertise.[84]

As for the skills of nurse practitioners, we mention the primary health care analysis by the American Nurses Association (ANA). In that analysis, nurse practitioners scored better results than doctors for most of the variables under study.[85] The ACSW has confidence in the skills and potential that nurses could contribute to a new service delivery model.

In a December 1998 submission to the Health Services Review Committee, the New Brunswick Nurses Association identified the following problems:[86]

- The health system takes a curative approach to health;
- Health care is based in hospitals and directed by doctors without regard for public health, mental health, etc;
- Nurses could make an invaluable contribution to health care delivery.
- People need to be made more aware of the advantages of community clinics.
- Fragmented services allow for duplication.
- Patients, although sicker, are released from hospital earlier.
- Community resources are often scarce or inadequate, creating a revolving door effect that inevitably entails readmission to hospital.

---

81. Ibid., Part 4.1.
84. Ibid., Part 5.12.1.
85. Ibid., *Part* 5.12.2.
86. *Supra*, note 35, p. 29.
87. Ibid., p. 29 in reference to American Nurses Association, 1992.
88. *Supra*, note 35, p. 13.

- Problems of access to doctors' offices result in the inappropriate use of emergency rooms as points of access to health services.
- Delays caused by deficiencies in the system prolong hospital stays, while beds in nursing homes remain empty.

Nurses assert that the present fee-for-service system does little to encourage doctors to work in teams. Their organization recommends that other schemes for doctor remuneration be explored and that those schemes be predicated on partnership and team work.[87] The ACSW supports this recommendation.

5.4.1 Community Model

We would like to mention the community health care model tried out in a rural minority area of Canada, namely Evangeline, P.E.I. In 1996, that area set up a community health centre that proved a definite success as far as health is concerned. Education and promotion of all-around health brought about positive changes in behaviour, such as a decline in smoking, increased physical activity, and a school dropout rate of zero!

When we consider that rural areas "suffer" the most in regards to all aspects of health care, this type of community model becomes worthwhile and portable to other rural areas of Canada.

The ACSW believes that the community model could aid in achieving the medium- and long-term goals and vision that Canada needs. Government spending is required, however, to set up such community models.[88]

We support the New Brunswick nurses' recommendations for a legislative review so that nurse practitioners can write prescriptions based on an approved form, and order and interpret analyses from an approved list. Nurses could also assess, treat, and transfer patients, and authorize their release.

The following recommendations suggest measures needed to implement this community model.

RECOMMENDATIONS

That funding be provided for the reorganization of services on a community basis.

That transitional programs for returning chronic patients to the community be reassessed and adapted to the needs of the persons involved in that transition (e.g. training, wages, and retirement plan).

That the federal government support and encourage the provinces to eliminate administrative, fiscal, and other barriers to implementation of the community-based health care delivery model.

---

89. Ibid., p. 13.
90. *Supra*, note 35 in reference to Cutshall 1992 and Labonté 1990; First Report of Select Committee on Health Care: *Interim Report on the Wellness Strategy*.

That the present fee-for-service system used to pay doctors be amended and that other systems of remuneration based on a philosophy of partnership and teamwork be contemplated.

That a mechanism be established for specific consultation of women who deliver health care services as paid workers or volunteers, regarding any changes to the health care system.

That a larger portion of the health budget be earmarked for prevention and the acquisition of good living habits through public education within the community.

That the health service delivery model include an early childhood development program to help provide opportunities for acquiring good eating habits and experiencing the benefits of physical activity.

That governments spend more on effective smoking cessation measures and programs.

That a health service delivery model include programs to encourage more hours of physical activity in schools/communities and that gender differences between children be taken into account.

That the legislation be amended to allow nurses their rightful role in reorganizing service delivery.

Conclusion

The 1999 study on health services in New Brunswick[89] showed that we should spend less on hospital services and more on the public health sector and essential clinical services. We believe that the time has now come to give effect to those recommendations and for Canadians to accept the deinstitutionalization of health care delivery and to opt for the community approach to primary health care.

---

91. *Supra* note 2 in reference to recent World Bank publication, cf. appendix to 1999 study.

Recommendations of the New Brunswick Advisory Council on the Status of Women

1. That governments take a clear position against privatization of the services of the health care system.

2. That governments take a clear position against the principle of user fees for health care services.

3. That funding be provided for the reorganization of services on a community basis. Implementation of this approach involves human and material resources, community structures.

4. That the federal government continue in its traditional role as defender of Canadian health care values by adopting uniform policies regarding service accessibility and universality.

5. That transitional programs for returning chronic patients to the community be reassessed and adapted to the needs of the caregivers involved in that transition (e.g. training, wages, and retirement plan).

6. That a mechanism be established for specific consultation of women who deliver health care services as paid workers or volunteers regarding changes to the health care system.

7. That governments spend more on effective smoking cessation measures and programs.

8. That a health service delivery model include programs to encourage more hours of physical activity in schools/communities and that gender differences between children be taken into account.

9. That a larger portion of the health budget be earmarked for prevention leading to acquisition of good living habits through public education within the community.

10. That the health service delivery model include an early childhood development program to help provide opportunities for acquiring good eating habits and experiencing the benefits of physical activity.

11. That structures be provided for joint action and implementation of French-language training programs for health professionals.

12. That the *Canada Health Act* be amended to include a sixth principle, i.e. linguistic duality.

13. That the legislation be amended to allow nurses their rightful role in reorganizing service delivery.

14. That gender-based analysis be integrated in all health policy development.

15. That the federal government support and encourage the provinces to eliminate administrative, fiscal, and other barriers to implementation of the community-based health care delivery model.

16. That the war on poverty among women of all ages rank equally with other measures to improve health by establishing appropriate government policies, such as pay equity and support for low-income families.

17. That the present fee-for-service system used to pay doctors be amended and that other systems of remuneration based on a philosophy of partnership and teamwork be contemplated.

Bibliography

Health Canada, www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/index.html .

Health Services Review, New Brunswick, presented to the Premier of New Brunswick, February 1999, http://www.gnb.ca/hw-sm/hw/pub/hsrc/index.htm .

Select Committee on Health Care, New Brunswick Legislative Assembly, *What About Wellness,* Discussion Guide, fall 2000.

N.B. Advisory Council on the Status of Women, *Wellness in New Brunswick,* submission to the Select Committee on Health Care, New Brunswick Legislative Assembly, November 2000.

Lochhead, Clarence and Katherine Scott, *The Dynamics of Women's Poverty in Canada,* Canadian Council on Social Development, funded by Status of Women Canada, March 2000, http://www.swc-cfc.gc.ca .

The Canadian Women's Health Network, brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, December 2001, www.healthcarecommission.ca .

Women's Health Clinic, *Women, Poverty and Health in Manitoba: An Overview and Ideas for Action,* July 2000, http://www.cwhn.ca .

Christa Freiler, Felicite Stairs and Brigitte Kitchen with Judy Cerny, *Mothers as Earners, Mothers as Carers: Responsibility for Children, Social Policy and the Tax System,* Status of Women Canada, March 2001, http://www.swc-cfc.gc.ca .

The Future of Health Care in New Brunswick: The Nursing Contribution, Presentation to the Health Services Review Committee, December 8, 1998.

Canadian Health Action: Building on the Legacy, National Forum on Health, Canada, 1997, www.nfh.hc-sc.gc.ca .

Women's Health Bureau, Health Canada, *Guide to Gender-based Analysis,* Internet site http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/facts_issues/facts_gender.htm .

The Canadian Women's Health Network, brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, December 2001, www.healthcarecommission.ca .

Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada, brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, November 2001, www.healthcarecommission.ca .

Submission of Premier Bernard Lord to the Romanow Commission, April 19, 2002, available on the Government of New Brunswick Internet site www.gnb.ca .

Canadian Institute of Actuaries, brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, January 2002, available at www.healthcarecommission.ca.

Canadian Health Services Research Foundation, *Mythbusters* / Myth No. 6, available at www.chsrf.ca.

Registered Nurses Association of Ontario, *Ontario Registered Nurses Speak Out for Medicare: Protect, Preserve and Strengthen*, November 2001, brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, www.healthcarecommission.ca .

Ipsos-Reid/Globe and Mail/CTV poll: *The health system must be better managed, not privatized*, Radio-Canada National, January 26, 2002.

Medical Reform Group of Ontario, available at http://www.hwcn.org/link/mrg/ .

Roy J. Romanow Q.C., Commissioner, Shape the Future of Health Care, Commission on the Future of Health Care in Canada, Interim Report, February 2002, available at www.healthcarecommission.ca .

First Report of the Select Committee on Health Care: Interim Report on the Wellness Strategy, Legislative Assembly of New Brunswick.

Yan Muckle, "Plus de prévention, moins de béton," *L'Actualité*, April 15, 2002, p. 37-38.

Advisory Council on the Status of Women, *Growing Up Female in New Brunswick 1970-2000*, April 2001, www.acswccf.nb.ca .

Acadie Nouvelle, Tuesday, April 23, 2002.

Acadie Nouvelle, Wednesday, April 17, 2002.

Telegraph-Journal, May 25, 2000, article on the publication of a report by the Vanier Institute of the Family.

Fédération des francophones de la Colombie-Britannique, press release dated March 12, 2002, announcing that the Federation is taking part in the hearings of the Commission on the Future of Health Care in Canada to ensure that French-speaking minority communities are not forgotten, available at www.forumsante.ca/manchette/manch020312.htm.

Population Health Approach, Health Canada, http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/determinants/index.html

L'Association canadienne-française de l'Ontario: The provincial ACFO will demand that the Romanow Commission on the Future of Health Care in Canada recommend better access to French-language health care in minority communities, press release, March 21, 2002, http://www.forumsante.ca/manchettes/manch020312.htm .

"Manque de soins de santé en français: les aînés sont plus fragiles," Geneviève Daigle, *Le Franco*, December 7, 2001, Saint-Paul, Alberta.

"PEI Farming Village Takes Proactive Approach to Health", Brad Evenson, *National Post*, November 17, 2001.

Optimizing the Health of the Health System, Canadian Nurses Association's brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, October 2001, www.healthcarecommission.ca .

Growing Up Female in New Brunswick 1970-2000, N.B. Advisory Council on the Status of Women, www.acswcccf.nb.ca .

Ministers Responsible for the Status of Women, *Women's Economic Independence and Security, a Federal-Provincial-Territorial Strategic Framework*, March 2001.

"Plein feux sur les services de santé en français," editorial by Jean Mongenais, *Le Rempart - L'Hebdo des francophones du Sud-Ouest*, Windsor, Ontario, January 9, 2002, p. 4.

Les femmes et l'avenir des soins de santé au Canada

Mémoire présenté à la Commission Romanow
dans le cadre des consultations publiques
sur l'avenir des soins de santé au Canada

Juin 2002

236, rue King St. Fredericton, N.-B. E3B 1E2
Tél.: (506) 444-4101 ou 1-800-332-3087 - Télécopieur: (506) 444-4318
Courier électronique: www.acswcccf.gnb.ca Site: www.acswcccf.nb.ca

Table des matières

Sommaire 4
Introduction 5
1. Les déterminants de la santé et les femmes 6
  1.1 Les habitudes de vie des femmes 6
  1.2 Le stress 8
  1.3 Niveau de scolarité 8
2. Le lien entre la pauvreté et la santé 9
  2.1 Analyse de la pauvreté selon le sexe 10
  2.2 Équité salariale 11
  2.3 La santé, la pauvreté et la petite enfance 12
  2.4 Les femmes du troisième âge 13
3. Les besoins différents des femmes au niveau des services de santé 14
4. Rôle grandissant des femmes dans la prestation des soins de services 16
  4.1 Rôle informel des femmes dans la communauté et les familles 16
  4.2 Rôle formel et professionnel des femmes rattachées aux institutions/ programmes de prestation des soins de santé 17
5. Les langues officielles et le principe de l'accessibilité aux soins de santé 18
  5.1 La législation 18
6. Les scénarios envisagés pour l'avenir des soins de santé au Canada et les recommandations du CCCF 19
  6.1 Accroître les investissements publics dans le système de soins de santé 19
  6.2 Partager les coûts du système de soins de santé 21
  6.3 Laisser le choix aux citoyennes et aux citoyens 22
  6.4 Réorganiser la prestation des services de soins de santé 23
Conclusion 28
Les recommandations du Conseil consultatif sur la condition de la femme 29
Bibliographie 31

Qui sommes-nous ?

Le Conseil consultatif sur la condition de la femme est une organisation créée par le gouvernement provincial ayant comme rôle de consulter et étudier les dossiers relatifs à la condition féminine.

La mission du Conseil consultatif sur la condition de la femme au Nouveau-Brunswick :

- conseiller les gouvernements
- sensibiliser la population aux dossiers, aux programmes et aux services
- recommander des lois, des politiques et des pratiques au gouvernement du Nouveau-Brunswick
- favoriser la constitution de réseaux entre les organisations féminines
- assurer la collecte, l'étude et la diffusion de l'information

Nous sommes 13 membres nommées par le Cabinet provincial ainsi que quelques employées qui travaillons à promouvoir l'égalité des chances, le droit de ne pas subir de discrimination, le droit à un traitement égal, un bénéfice égal, un statut égal et l'égalité des résultats – ainsi que le respect des différences – des femmes et des hommes dans tous les secteurs de la société néo-brunswickoise.

Les dossiers sur lesquels se penche le Conseil sont déterminés à la suite de consultations avec le public, les groupes de femmes et les membres.

Sommaire

Les femmes et l'avenir des soins de santé au Canada

Mémoire présenté à la Commission Romanow
dans le cadre des consultations publiques sur l'avenir des soins de santé au Canada

par le Conseil consultatif sur la condition de la femme du N.-B.

Notre vision de la santé doit évoluer pour concevoir la communauté comme le point de départ de l'intervention en matière de mieux-être - et les établissements de soins de santé comme le dernier recours. Les programmes qui encouragent les bonnes habitudes de vie et les programmes de développement de la petite enfance doivent faire partie de notre vision d'un système de santé.

L'approche globale de la santé requise doit inclure la prévention et la promotion des déterminants de la santé tels que le revenu et le statut social. Le statut socio-économique des femmes a un impact plus important sur leur santé que les habitudes de vie et un impact aussi important que l'accès aux services de santé. Puisque la santé de nos enfants est compromise par la pauvreté – et que les familles les plus pauvres sont celles des mères monoparentales - il ne faut pas négliger la lutte contre la pauvreté et les efforts pour combler l'écart salarial parmi les mesures pour promouvoir la santé et réduire les coûts du système de santé au Canada.

Les femmes sont celles qui donnent des soins à leurs partenaires, aux enfants et aux parents âgés lors de maladies. Des années de coupures majeures au niveau des services à domicile tel le service de ménage et relève ont créé une situation pénible pour les femmes qui doivent prendre cette responsabilité sociale sur leurs épaules. Soigner des malades à la maison, sans aucune rémunération et presque aucun support de l'État, crée un ghetto de pauvreté pour les femmes. Les besoins de ces soigneuses doivent être pris en considération, de même que ceux des soigneuses rémunérées, les auxiliaires familiales, qui, surtout au Nouveau-Brunswick, reçoivent un salaire extrêmement bas.

Les femmes utilisent les services de soins de santé plus souvent que les hommes, bien qu'il semble que les coûts de soins de santé pour les hommes et les femmes soient à peu près semblables. Les femmes font appel aux soins de santé pour des raisons reliées à leur système reproducteur, et parce qu'elles souffrent plus souvent de maladies chroniques et débilitantes.

Le modèle communautaire prévoit la mise sur pied d'une équipe où tous les intervenants de la santé collaborent ensemble. Le système actuel de rémunération à l'acte n'encourage pas le travail d'équipe. Les femmes représentent 80% des pourvoyeurs de soins de santé rémunérés mais leur voix n'est pas forte. Les infirmières par exemple, doivent jouer un plus grand rôle dans le système de santé.

Les gouvernements doivent se positionner clairement contre la privatisation des services du système de soins de santé et contre le principe du "ticket modérateur" pour des services de soins de santé. Des mesures uniformes en vue de l'accessibilité et l'universalité des services doivent être adoptées et, en raison des besoins et du rôle des femmes, l'analyse comparative selon le sexe doit être intégrée au développement des politiques sur la santé.

Introduction

Au Nouveau-Brunswick, diverses études révèlent qu'il existe un consensus quant aux buts et objectifs à atteindre en ce qui a trait à une réforme des soins de santé. Ces buts et objectifs visent ultimement l'atteinte d'un modèle de mieux-être selon les déterminants de la santé adoptés par Santé Canada[1].

Une étude sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick présente un portrait global des buts et objectifs souhaités[2] :

1. Intégration et meilleur coordination des services de santé
2. Augmenter les efforts au niveau de la promotion de la santé et la prévention des maladies
3. Développer davantage les services de soins de santé au niveau primaire
4. Concevoir et appliquer une vision communautaire et régionale des soins de santé

À l'instar des provinces canadiennes, le Nouveau-Brunswick est dans un processus de réforme majeure au niveau des soins de santé.

La position du Conseil consultatif sur la condition au Nouveau-Brunswick est fondée sur une vision communautaire et holistique de la santé. Le Conseil consultatif sur la condition de la femme désire soumettre la perspective de son organisation et particulièrement une perspective présentant les intérêts des femmes.

Nous tenons à remercier la Commission pour cette opportunité d'exprimer nos points de vue dans ce processus de haute importance pour les soins de santé au Canada.

---

[1] Santé Canada, www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/index.html .

[2] L'étude sur les services de santé, Nouveau-Brunswick, présenté au premier ministre du Nouveau-Brunswick, février 1999, disponible sur site internet http://www.gnb.ca/hw-sm/sm/pub/ess/index.htm.

1. Les déterminants de la santé et les femmes

Le Rapport d'étape sur la stratégie de mieux-être[3], nous offre une définition du mieux-être comme étant un état de bien-être affectif, mental, physique, social et spirituel. Cet état de bien-être est atteint au niveau personnel et au niveau de la communauté.

Afin d'atteindre l'état de bien-être décrit ci-dessus, les concepts suivants doivent être présents dans une approche globale de la santé :

· la promotion de la santé
· la prévention
· les déterminants de la santé (ou facteurs qui influent sur notre santé tel niveau de revenu et statut social)

Une partie importante de ce mémoire traite des conséquences de la pauvreté sur la santé des femmes et des enfants car ces derniers sont les groupes les plus pauvres au Canada. Une réforme de la santé qui ne tient pas compte de ces éléments aura un effet dévastateur sur leur santé.

1.1 Les habitudes de vie des femmes

1.1.1 L'inactivité

Il est reconnu que l'activité physique est un déterminant de la santé très important. Il est démontré que les gens des maritimes font de moins en moins d'activités physiques dans leur temps libre. Le Nouveau-Brunswick est le deuxième groupe moins actif en importance au pays.

L'inactivité est directement reliée au problème d'obésité. Étant donné que les femmes sont de plus en plus prises par les obligations familiales et qu'elles ont tendance à devenir plus obèses que les hommes en vieillissant, elles risquent de plus en plus de souffrir d'hypertension, et de maladies cardiovasculaires. Au Nouveau-Brunswick, 20 % des gens souffrent d'obésité comparativement à 12 % pour le reste du Canada[4].

Les statistiques nous rapportent que 64 % des personnes au Nouveau-Brunswick, âgées de 12 ans et plus, seraient inactives selon une enquête nationale qu'a menée Statistique Canada en 1996-1997[5].

1.1.2 Le tabagisme

---

[3] Comité spécial des soins de santé, Assemblée législative du Nouveau-Brunswick, Et le mieux-être, alors? Guide de discussion, automne 2000 .

[4] Conseil consultatif sur la condition de la femme, Grandir au féminin au Nouveau-Brunswick de 1970-2000, 2001, à la p. 172 disponible sur le site internet : www.acswccef.nb.ca.

[5] *Ibid.*, à la page 4 en référence au Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population pour la rencontre des Ministres de la santé, Charlottetown (Î.-P.-É.), les 16 et 17 septembre 1999, à la page 206 .

Malgré le fait que les hommes meurent davantage du cancer que les femmes au Nouveau-Brunswick, nous pouvons constater que beaucoup plus de femmes sont devenues fumeuses depuis les années 70's et 80's. Les prévisions démontrent que plus de femmes risquent de mourir du cancer du poumon à l'avenir.

Les chiffres d'aujourd'hui sont déjà troublants, car la mortalité due au cancer du poumon parmi les femmes est cinq fois plus élevée qu'elle l'était en 1970[6]. Il est vrai que le cancer du poumon continue d'être la cause de mortalité de plus d'hommes que de femmes, cependant nous constatons que le cancer du poumon a tué 6 500 femmes au Canada en 1998, alors que le cancer du sein a été la cause de décès dans 5 300 cas[7].

Étant donné que les femmes fument pour des raisons différentes des hommes, par exemple pour contrôler leur poids, nous proposons l'élaboration des programmes de renonciation au tabac. Ces programmes devraient viser spécifiquement le besoin des femmes adultes et adolescentes.

1.1.3 Les adolescentes et le tabagisme...

Comparativement à l'ensemble du pays, la région de l'Atlantique affiche les taux les plus élevés de fumeurs chez les adolescents. Au Nouveau-Brunswick 33 % des adolescents fument[8] comparativement à 28 % des adultes.

Le nombre de fumeurs chez les adolescents s'est accru durant les années 90, ce qui n'a pas été le cas chez les adultes. Autre fait troublant, les adolescents commencent à fumer à un plus jeune âge. Selon les études, plus les personnes commencent à fumer jeunes, moins elles auront tendance à arrêter.

Les preuves viennent confirmer que la cigarette est un moyen d'atténuer le stress, et que 22 % des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans déclarent être très stressées par le manque de temps, comparativement à 10 % pour leurs homologues masculins[9]. Les deux groupes ont signalé des niveaux plus élevés de stress en 1998 qu'en 1992[10].

Les adolescentes et les femmes affirment fumer pour contrôler leur poids, et l'on remarque que les jeunes femmes se préoccupent davantage de leur poids que les autres.

Il semble possible que le nombre élevé de fumeurs soit directement lié au problème de contrôle du poids ainsi qu'au stress de plus en plus élevé chez la population.

---

[6] Conseil consultatif sur la condition de la femme du N.-B. "Le mieux-être au Nouveau-Brunswick", mémoire présenté au Comité spécial des soins de santé, Assemblée législative du NB, novembre 2000 à la page 3, en référence au document Maritime Centre of Excellence for Women's Health, rédigé par Dr. Ronald Coleman de GPI Atlantic, Women's Health in Atlantic Canada: A Statistical Portrait, à la page 15.

[7] *Ibid.*, en référence au document Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population pour la rencontre des Ministres de la santé, Charlottetown (Î.-P.-É.), les 16 et 17 septembre 1999, à la page 182.

[8] *Supra*, note 6 à la p. 7 en référence au document Maritime Center for Excellence for Women's Health, à la p. 15.

[9] *Ibid.*, à la page 5

[10] *Ibid.*

1.2 Le stress

Il est généralement reconnu qu'un niveau de stress élevé est un facteur déterminant important pour la santé. Selon Statistiques Canada et Santé Canada, un grand nombre d'hospitalisations et de mortalités sont reliées au stress. L'augmentation du niveau de stress chez les femmes coïncide avec leur arrivée en force sur le marché du travail. La difficulté de concilier les responsabilités familiales et les responsabilités professionnelles, c'est-à-dire le problème des «horaires surchargés » ou du phénomène plus récent de « l'absence de vie de famille » sont, en grande partie, responsables pour le niveau de stress de plus en plus élevé.

Dans la plupart des familles aujourd'hui, les deux parents doivent travailler à temps plein pour boucler leur budget. Au début de l'année, L'Institut Vanier de la famille a déclaré que les familles doivent travailler de 65 à 80 heures par semaine pour jouir d'une qualité de vie comparable à la qualité de vie vécue par la génération précédente, et ce sur un salaire seulement[11].

Les études canadiennes démontrent un niveau de stress plus élevé chez les femmes comparativement aux hommes depuis le milieu des années 80. Les chiffres démontrent que 28 % des femmes étaient sérieusement stressées comparativement à 23 % des hommes.

Ces chiffres correspondent aux augmentations des niveaux de stress auxquelles nous avons assistées chez tous les groupes d'âge au Canada depuis les années 80. Cependant, les différences fondées sur le sexe sont bien plus prononcées pour le groupe des adolescentes, ce qui pourrait expliquer l'augmentation du nombre de fumeurs chez ces dernières.

Les études indiquent que le stress affaiblit notre système immunitaire et influence le développement des cellules cancéreuses.

1.3 Niveau de scolarité

Santé Canada nous présente ce déterminant de la santé comme étant un déterminant clé. Plus les niveaux de scolarité sont élevés, meilleurs sont les perspectives d'emplois et de revenus. Également, plus les gens sont en santé, plus le niveau de scolarité est élevé. On peut donc constater l'interdépendance des déterminants de la scolarité, du revenu et de la santé.

En effet, il est reconnu que la pauvreté est souvent présente lorsque le niveau de scolarité est bas[12]. Des études ont démontré que les femmes qui avaient fait des études post-secondaires étaient moins pauvres que les femmes moins scolarisées[13].

---

[11] Telegraph Journal, le 25 mai 2000, reportage sur la publication d'un rapport de l'Institut Vanier de la famille .

[12] Lochhead, Clarence et Scott Katherine, La dynamique de la pauvreté chez les femmes au Canada, Conseil canadien du développement social, financé par Condition Féminine Canada, Mars 2000, http://www.swc-cfc.gc.ca/, à la page 20.

[13] *Ibid.*, à la page 20.

2. Le lien entre la pauvreté et la santé

De plus en plus d'études nous indiquent que la pauvreté et l'inégalité nous rendent malades. Inversement, l'aisance et l'égalité favorisent la santé et le mieux-être.

Il existe des preuves confirmant ce qui suit : la pauvreté est un indicateur fiable du mieux-être ou de son absence. Il existe une corrélation entre les faibles revenus et les taux élevés d'hospitalisation.

Lorsque nous considérons que la majorité des pauvres au Canada sont des femmes, soit 1 femme sur 5, nous pouvons facilement déduire que la santé des femmes est grandement atteinte par la pauvreté. En fait les statistiques démontrent que 1.9 millions de femmes (40,000 au N.-B.) vivent dans la pauvreté au Canada en 1999[14]. Ce nombre suggère que beaucoup d'enfants vivent dans la pauvreté également. En fait, au Nouveau-Brunswick, le salaire annuel des femmes occupant un emploi correspond à 79 % du salaire des hommes.

Une recherche traitant de la dynamique de la pauvreté chez les femmes au Canada cite les auteurs Eichler 1983, Harman 1992, Conseil national du Bien-être 1990, Townson, 1995[15] qui s'entendent pour dire que les facteurs qui expliquent pourquoi les femmes sont plus pauvres que les hommes sont parmis les suivants :

- la participation sur le marché du travail et la segmentation de la main-d'œuvre en fonction du sexe
- le fait que les femmes sont principalement responsables de la maternité, de l'éducation des enfants et du travail à la maison non rémunéré
- un régime de rentes de vieillesse qui est essentiellement basé sur le revenu gagné au travail
- l'espérance de vie

En effet, le statut socioéconomique a un impact plus important sur la santé des femmes que les habitudes de vie (déterminants de la santé qui sont mesurés par des comportements). Cette information vient renforcer l'importance de diminuer l'écart entre le revenu des hommes et des femmes pour améliorer la santé des femmes.

Dans cette même ligne de pensée, d'autres études démontrent même que les hommes ont plus de chance de se sortir de la pauvreté que les femmes[16]. Basé sur les faits discutés précédemment, l'on comprend bien les raisons.

Également, le divorce ou le veuvage peuvent entraîner la pauvreté chez les femmes[17]. On voit même que les femmes sans enfant, passant de statut de "marié" ou "conjointe de fait" à "femme seule et sans enfant", se retrouvent trop souvent dans la catégorie des "pauvres".

En observant les effets de ce phénomène sur la pauvreté des femmes nous constatons que les femmes ont moins accès aux plans médicaux privés reliés à leur emploi, accumulent moins de fonds de pension privé et sont moins disponibles à l'emploi. Les conséquences : plus haut risque

---

[14] Statistique Canada, *Tendances du revenu au Canada, 1980-1999*.
[15] *Supra*, note 12 à la p. 11.
[16] *Ibid.*, à la p. 23.
[17] *Ibid.*, à la page 25.

pour ces femmes de vivre dans la pauvreté et haut risque de faire partie de la catégorie des femmes pauvres lorsqu'elles auront atteint le troisième âge.

Des études révèlent que le lien entre la santé et la pauvreté est plus déterminant pour les femmes que pour les hommes. Les auteurs Margaret Denton et Vivienne Walters ont démontré que le déterminant du statut socioéconomique est plus important pour les femmes que les habitudes de vie de ces dernières. Nous pouvons donc conclure que la pauvreté est un des plus importants facteurs pour la santé des femmes[18].

Nous savons également que les femmes sont admises plus souvent à l'hôpital que les hommes et que les soins hospitaliers représentent la catégorie la plus coûteuse de soins dans le système. Ces preuves démontrent que des politiques gouvernementales visant à réduire la pauvreté et l'inégalité auraient un effet marquant sur les budgets des soins de santé et qu'elles seraient plus efficaces par rapport aux coûts à long terme. Nous sommes convaincus qu'une vision de la santé doit inclure des mesures pour lutter contre la pauvreté étant donné l'impact de la pauvreté chez les femmes et les enfants.

Au niveau des communautés, les études démontrent de plus en plus un lien entre la santé et les inégalités économiques des différentes communautés. En effet, plus une communauté est pauvre, plus le taux de mortalité est élevé[19]. Il va sans dire que, lorsque des communautés sont désavantagées au niveau socioéconomique, les déterminants de la santé au niveau des services de santé et de l'accès deviennent cruciaux. De là l'importance de sujets tel l'accès à des services de santé dans sa langue.

2.1 Analyse de la pauvreté selon le sexe

Une étude du Manitoba reflète bien la situation générale des femmes à l'effet que les femmes sont plus pauvres que les hommes, particulièrement les femmes dans les situations suivantes : mères monoparentales, femmes avec un handicap, femmes provenant de minorités visibles, femmes du troisième âge, femmes veuves, femmes autochtones[20]. En effet, les statistiques démontrent que les femmes occupent généralement les emplois à temps partiel comparativement aux hommes[21].

Selon d'autres recherches, les femmes qui consacrent la plupart de leur temps à "prendre soin des autres" ne répondent pas à leur propre besoin et sont plus susceptibles d'occuper des emplois précaires à bas salaire qui offrent peu d'avantages sociaux. De plus, il est fréquent qu'en raison de leur situation précaire et inférieure sur le marché du travail, ces femmes quittent leur emploi rémunéré pour s'occuper à temps plein des besoins de la famille à la maison. Par conséquent, les femmes qui ne bénéficient pas d'un emploi et d'un salaire convenable sont victimes de leurs propres choix familiaux ou circonstances familiales »[22].

---

[18] The Canadian Women's Health Network, mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, décembre 2001, à la page 14.

[19] Women's Health Clinic, Women, Poverty and Health in Manitoba : An Overview and Ideas for Action, July, 2000, http://www.cwhn.ca .

[20] *Ibid.*

[21] Statistiques Canada 1995.

[22] Christa Freiler, Felicite Stairs, Brigitte Kitchen avec Judy Cerny, Les mères en tant que soutiens économiques et dispensatrices de soins : La responsabilité à l'égard des enfants, la politique sociale et le régime fiscal, Condition féminine Canada, Mars 2001, en référence à l'auteur Fox 1997 : 144.

De plus, les auteurs soutiennent que dans notre société, le fait de considérer la maternité ou de devenir parent, est le facteur qui influe le plus sur la différence entre les sexes et par conséquent de l'aisance monétaire.[23]

Force est de constater que la pauvreté des femmes dépend trop souvent de la présence ou non d'un conjoint dans leur vie. En effet certaines recherches sont concluantes : les femmes pauvres ont 3 fois plus de chances de se sortir de la pauvreté s'il y a ajout d'une personne rémunérée dans sa famille[24]. Inversement, une femme non-pauvre qui subit la perte d'une personne rémunérée dans sa famille est 4 fois plus à risque de devenir pauvre, comparativement aux femmes ayant un conjoint, et dont la structure de la famille est demeurée intacte.

La situation des mères monoparentales est encore plus sombre car les chances de sortir de la pauvreté dépendent beaucoup de l'ajout d'une personne rémunérée à la structure familiale. Les chiffres démontrent que l'arrivée d'une personne rémunérée dans leur famille (le plus souvent une personne de sexe masculin) augmente de 5 à 8 fois leur chance de se sortir de la pauvreté comparativement aux mères monoparentales dont la structure familiale était restée intacte[25].

Puisque le facteur socioéconomique est un déterminant de la santé aussi puissant que l'accès aux traitements médicaux, il ne faut pas négliger la lutte contre la pauvreté au Canada pour maintenir notre société en santé.

2.2 Équité salariale

Tout d'abord il faut dire que, malgré la diminution récente de la pauvreté chez les femmes, ces dernières sont encore beaucoup plus pauvres que les hommes. Tel que l'on en a discuté précédemment, les femmes dépendent souvent d'une autre personne de la famille pour leur sécurité économique[26].

La tendance de l'État à reconnaître les femmes seulement comme mère ou épouse dans les programmes de sécurité financière diminue lentement[27]. Cependant l'arrivée des femmes sur le marché du travail ne les a pas ramené au rang de la sécurité financière des hommes. En fait leur travail est moins rémunéré et souvent à temps partiel. L'on note que l'arrivée massive des femmes sur le marché du travail a coïncidé avec une restructuration de l'économie pendant les années 1980 et 1990 ce qui a contribué au peu d'emplois stables et bien rémunérés pour ces dernières[28].

De plus, l'augmentation des familles monoparentales depuis les 30 dernières années crée une persistance de la pauvreté chez les femmes malgré leur arrivée sur le marché du travail[29]. En 1997, 56% des mères monoparentales vivaient dans la pauvreté[30].

En plus d'adopter des politiques pour rétablir l'équité salariale entre les hommes et les femmes, le Conseil consultatif a déjà fait une recommandation dans un rapport précédent[31] quant à une forme

---

[23] *Ibid.*
[24] *Supra*, note 12 à la p. 47
[25] *Ibid.*
[26] *Ibid.*
[27] *Ibid.* à la p. 41 en référence à l'auteur Orloff 1993.
[28] *Supra*, note 12 à la p. 41
[29] *Ibid.*, à la p. 42.
[30] Statistique Canada 1999:35

de rémunération en terme d'octroi de temps libre au lieu de formes de compensation traditionnelles tel des billets gratuits pour le golfe. Selon une étude de Santé Canada, 19,8 millions de journées de travail ont été perdues en 1997, car les travailleurs ne pouvaient pas concilier leurs responsabilités familiales et leurs responsabilités professionnelles. Comme les hommes et les femmes ont déclaré des niveaux de stress plus élevés à cause du manque de temps, nous proposons que les employeurs rémunèrent les hommes et les femmes en leur donnant plus de temps libre.

2.3 La santé, la pauvreté et la petite enfance

L'Association des infirmières et les infirmiers du Nouveau-Brunswick déplore le fait que la santé de nos enfants est compromise en raison de la pauvreté[32]. De nombreuses recherches démontrent que les familles les plus pauvres sont dans la catégorie des familles monoparentales (souvent une mère monoparentale) [33].

Nombreuses études ont fait la preuve que le dépistage précoce d'un problème de développement chez un enfant ainsi qu'un traitement médical efficace sont essentiels à la bonne santé d'un enfant.

Les coupures dans le système de la santé publique et institutionnelle mettent en péril la bonne santé des enfants, particulièrement nos enfants pauvres. L'option des "tickets modérateurs" aurait le même effet négatif.

Il faut aussi noter que la couverture de tous les soins de santé et des médicaments par l'assurance maladie est primordiale à la bonne santé des enfants pour bien des familles canadiennes. En effet, de nombreuses familles à bas revenu, ne cadrant pas dans les critères pour bénéficier des certains soins gratuits, souffrent déjà des coupures effectuées. Le résultat est que ces familles ont moins rapidement accès aux médicaments ou encore achètent des médicaments moins coûteux et non prescrits. Le Conseil consultatif réitère donc l'importance de maintenir les programmes d'assurance maladie pour augmenter les chances de maintenir nos enfants en santé.

2.3.1 Initiative de la petite enfance pour une société en santé

Il est reconnu que l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires à un jeune âge est plus susceptible d'être maintenue à l'âge adulte. Nous pouvons donc en déduire que les bonnes habitudes alimentaires chez les enfants résulteraient en une meilleure santé de la population. Il en est de même pour la pratique d'activités physiques, et les autres déterminants de la santé.

Selon l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 61 % des enfants au Canada âgés de 5 à 17 ans sont tellement inactifs que leur développement futur en souffrira. Les résultats sont pires pour le Nouveau-Brunswick. Le nombre d'élèves suivant des cours d'éducation physique dans les écoles secondaires 2e cycle est à la baisse et les élèves au primaire passent moins de temps dans les gymnases qu'ils le faisaient auparavant. L'on constate que les enfants et les jeunes n'ont jamais eu autant d'activités récréatives mais l'on observe quand

---

[31] Conseil consultatif sur la condition de la femme du N.-B., "Le mieux-être au Nouveau-Brunswick", mémoire présenté au Comité spécial des soins de santé, Assemblée législative du NB, novembre 2000 à la p. 10.

[32] L'avenir des soins de santé au N.-B., la contribution infirmière, présenté au Comité d'étude sur les services de santé, le 8 décembre 1998 à la p. 19.

[33] *Supra*, note 12 à la page 13.

même une détérioration sur le plan de la santé physique. Cette détérioration s'explique en partie en raison du manque d'efforts physiques requis pour les loisirs tels les ordinateurs et la télévision[34].

Ici encore, il devient évident que l'option du "ticket modérateur" aurait un effet dévastateur chez ces enfants qui proviennent des familles pauvres au Canada.

L'Association des infirmières et des infirmiers affirme également que la création de l'initiative de la petite enfance («IRPE»), incluant le dépistage des enfants à risques ainsi que les interventions précoces, est essentielle à la santé de nos enfants. Cependant un point crucial, selon l'Association, est le manque d'effectif en ressources infirmières dans la santé publique et dans les écoles[35]. À ce niveau nous notons encore une fois qu'il a été amplement prouvé que, plus l'intervention se fait à un âge précoce, plus l'on augmente les chances de prévenir les problèmes de santé qui nécessiteront des traitements médicaux ou des hospitalisations.

En effet, les centres de développement de la petite enfance sont un concept de plus en plus privilégié. Ces centres pourraient devenir des points d'entrée pour la diffusion d'information sur les bonnes habitudes alimentaires tant pour les enfants que pour leurs parents. Il existe un potentiel remarquable sur le plan de la sensibilisation de la santé à l'intérieur des centres de développement. De plus, l'impact de l'apprentissage et de l'éducation seront maintenus pendant l'adolescence.

Parmi d'autres avantages évidents et immédiats reliés aux centres de développement de la petite enfance, mentionnons le dépistage et l'intervention précoce de troubles d'apprentissage et de comportement.

Plusieurs auteurs notent une grande lacune lorsque les enfants commencent l'école. Il faut combler ce "vide" en créant des programmes de promotion de la santé pour ces enfants également. Il faut aussi prendre note que les adolescents sont souvent ignorés au niveau de la santé et qu'il faudrait adresser ce volet également dans une réforme du système de santé. En effet, le rapport du Forum national de la santé fait une mise en garde :

> (...) ignorer l'évolution des besoins des jeunes pourrait être lourd de conséquences pour nous tous : perte en capital humain, érosion de l'esprit civique et mauvaise santé risquent de se profiler à l'horizon[36].

Des programmes de promotion de la santé doivent adresser des questions tels : l'éducation physique et l'activité physique, les comportements à risque comme le tabagisme et l'abus d'alcool et de drogues, des programmes d'études sur la santé (couvrant notamment la croissance et le développement humain, la santé sexuelle et la vie familiale), la santé mentale et le mieux-être affectif, le poids et l'image corporelle, la prévention du suicide, etc.

2.4 Les femmes du troisième âge

---

[34] *Supra*, note 31à la p. 6.

[35] L'avenir des soins de santé au N.-B. : la contribution infirmière, L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, présenté au Comité d'étude sur les services de santé, le 8 décembre 1998 à la p.19.

[36] La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, Forum national sur la santé, Canada, 1997, www.nfh.hc-sc.gc.ca .

Comme nous l'avons déjà mentionné, la pauvreté et l'inégalité sont reconnues comme des déterminants efficaces pour mesurer la santé. En effet, l'interdépendance entre la situation socioéconomique et la santé devient de plus en plus forte en vieillissant.

Il est établi que les membres des groupes à faible revenu sont moins susceptibles de se livrer à des activités physiques que ceux ayant des revenus plus élevés. Par conséquent, l'amélioration de la situation économique des femmes entraînerait une augmentation de l'activité physique chez ces dernières et ainsi nécessiterait moins de soins médicaux.

Pour y arriver, nous devrions tenir compte des facteurs qui ont pour effet de limiter l'activité physique chez les hommes et les femmes âgées. Par exemple, les femmes âgées sont trois fois plus susceptibles que les hommes, de souffrir d'arthrite. Par contre, les hommes âgés sont plus portés à souffrir de problèmes cardio-vasculaires et de troubles du dos[37]. Compte tenu de ces différences, les programmes d'activités physiques et de physiothérapie doivent être conçus en fonction des différences selon les sexes. Ces mesures sont particulièrement importantes pour les femmes âgées, car elles sont moins portées à se livrer à des activités de condition physique ou à des sports.

Les femmes âgées vivent plus longtemps que les hommes âgés, mais elles utilisent également plus de services de soins de santé, surtout dans le groupe d'âge des 75 ans et plus.

En dépit du fait que depuis vingt ans, la politique sociale au Canada a amélioré de beaucoup la situation économique des personnes âgées au pays, plus de femmes âgées pauvres que d'hommes.

Nous voulons cependant noter un progrès à ce niveau depuis 1980. En 1980, 26% des Canadiennes 65 et plus (16% au N.-B.) vivaient sous le seuil de faible revenu; en 1999, 11% des Canadiennes 65 et plus (6% au N.-B.) étaient pauvres[38].

Ces chiffres démontrent que, lorsqu'il y a volonté politique pour agir, des réalisations positives peuvent en découler. Le Conseil consultatif encourage l'adoption des mesures pour lutter contre la pauvreté des femmes âgées afin de contribuer au maintien d'une bonne santé et par conséquent à la diminution de l'utilisation des services de santé.

Il faut cependant noter que les femmes âgées et seules, sont le groupe de personnes âgées pour qui la réforme des pensions n'a pas été aussi avantageuse. De plus, les femmes qui travaillent à temps plein ont un salaire annuel qui correspond à près de 70 % de celui des hommes. Malgré le fait que les prochaines générations de femmes vont bénéficier de meilleures pensions de retraite en raison de leur activité sur le marché du travail, les femmes présentement active sur le marché du travail seront bien loin de connaître l'égalité économique une fois la retraite arrivée étant donné que les régimes de pension reposent sur les salaires.

3. Les besoins différents des femmes au niveau des services de santé

---

[37] *Supra*, note 6 à la p. 9, voir le document de référence à la p. 6.
[38] Statistique Canada, *Tendances du revenu au Canada 1980-1999*.

Tout d'abord, il est important de faire le point sur les différents besoins des femmes en terme de soins de santé. Les femmes font appel aux soins de santé pour des raisons reliées à leur système reproducteur, par exemple lorsqu'elles sont enceintes, pour la ménopause, etc. De plus, les femmes souffrent plus souvent de maladies chroniques et débilitantes et ont des niveaux d'estime de soi plus bas. Le Conseil consultatif sur la condition de la femme croit que le facteur du sexe devrait être ajouté comme déterminant de la santé.[39]

En outre, selon Statistique Canada, les personnes pauvres risquent deux fois plus d'être hospitalisées et 62 % des femmes pauvres sont plus susceptibles d'être hospitalisées[40]. Il est reconnu que les femmes utilisent les services de soins de santé plus souvent que les hommes. Cependant des études ont démontré que l'utilisation plus fréquente des services ne signifie pas que ces soins coûtent plus au système de santé. Il semble que les coûts de soins de santé pour les hommes et les femmes soient à peu près semblables[41].

Santé Canada s'est récemment engagé à implanter des ressources pour l'analyse des politiques de la santé, basée sur la différence entre les sexes. Ces analyses permettront de considérer les intérêts et les besoins des femmes, contrairement aux analyses traditionnelles où l'on transposait simplement sur les femmes les interventions et analyses propices aux hommes[42]. Cette nouvelle initiative contribuera à répondre aux besoins spécifiques des femmes dans la planification des soins de santé en considérant les différences biologiques et sociales[43]. Il y a d'importantes distinctions à faire au niveau de la santé des hommes et des femmes, de leur situation économique, de leur responsabilité dans la société, etc.

---

[39] *Supra*, note 35 à la p. 18.

[40] *Supra*, note 6 à la p.2. voir le document de référence à la p. 15.

[41] *Supra*, note 18 à la p. 4 en référence aux auteurs Cameron A. Mustard, Sc.D., Patricia Kaufert, Ph.D., Anita Kosyrskij, M.Sc., Teresa Mayer, Sex Differences in the Use of Health Care Services, *New England Journal of Medicine*, vol 338:1678-1683 Number 23, June 4, 1998.

[42] Women's Health Bureau, Health Canada, Guide to Gender-based Analysis.

[43] *Supra*, note 18 à la page 17 en référence au document T. Horne, L. Donner and W. E. Thurston "Invisible women: Gender & Health Planning in Manitoba & Saskatchewan and Models for progress, 1999, www.pwhce.ca/pdf/iv.pdf .

4. Rôle grandissant des femmes dans la prestation des soins de services

L'Étude sur les services de santé du N.-B. de 1999[44] fait remarquer que les malades chroniques sont retournés dans la communauté de plus en plus vite et que la période de d'hospitalisation est de plus en plus écourtée. Ainsi, nous constatons que la responsabilité de ces patients repose sur les familles et en particulier sur les femmes.

De plus, les dernières années ont été des années de coupures majeures au niveau des services à domicile, tel le service de ménage et relève. Ces services étaient prévus initialement dans la transition "hôpital retour à la communauté". Nous assistons donc à une situation très pénible pour les femmes qui sont sur le marché du travail ou qui aspirent à l'être et qui doivent prendre cette responsabilité sociale sur leurs épaules. Cette situation est considérée comme une régression pour les intérêts des femmes car le rôle traditionnel de "prendre soin de la famille", sans aucune compensation, a longtemps été dénoncé. Sans parler du sentiment de culpabilité qui peut être inculqué aux femmes qui considèrent ne pas prendre soin des malades gratuitement au prix de leur carrière ou de revenus acceptables pour subvenir à leurs besoins et ceux de leur famille.

Soigner des malades à la maison, sans aucune rémunération et presque aucun support de l'État au niveau des services, créer un ghetto de pauvreté pour les femmes.

4.1 Rôle informel des femmes dans la communauté et les familles

Deux tiers du travail non rémunéré au Canada est assuré par les femmes. Ce chiffre représente 8.5 millions d'emplois à temps plein. La valeur économique se situe entre 32 % et 54 % du PIB et la valeur monétaire est estimée à 374 milliards de dollars. Par conséquent, la valeur en dollars pour remplacer une mère qui n'a pas d'emploi est d'environ 24 350 $ au Canada[45].

Les statistiques pour l'année 1996 démontrent que 60% des personnes qui ont la responsabilité de soigner des membres de la famille ou des personnes âgées souffrent de problème de santé chronique. En nombre d'heures, ce travail équivaut à 5 h par semaine comparativement aux hommes qui assument une part équivalente à raison de 3 h par semaine[46].

Le travail non rémunéré des femmes dans la société au niveau des soins de santé se traduit par des tâches telles : gérer les divers rendez-vous, organiser ou donner des soins de santé directement aux membres de la famille[47].

Il y a de plus en plus une tendance à demander à des personnes de donner des soins normalement prodigués par des infirmières. Le risque ici est évident quand nous savons que ces personnes ne possèdent pas la formation nécessaire. Nous craignons que cette situation contribue à la sous-évaluation et la sous-rémunération de leur travail.

---

[44] *Supra*, note 2 à la partie 5.5.4 "Home support", site internet : www.healthcarecommission.ca .
[45] *Supra*, note 35 à la p. 21.
[46] *Ibid.*
[47] The Canadian Women's Health Network, mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, décembre 2001, à la page 13 disponible au www.healthcarecommission.ca .

Nous ne voulons pas sous-estimer l'importance des activités bénévoles dans les collectivités, mais plutôt encourager la poursuite du débat sur la question. De plus en plus, le travail bénévole et

communautaire non rémunéré est mesuré en dollars pour convaincre les gouvernements de son importance. On procède de la même façon pour le travail ménager et les soins des enfants. Ceci démontre à quel point notre culture ne tient pas compte de certaines formes de travail et en particulier le travail souvent accompli par les femmes.

Les familles n'ont jamais dévoué autant d'efforts ni consacré autant d'heures pour boucler leur budget. On fait couramment référence à l'expression « absence de vie de famille ». Au lieu de demander à des citoyens déjà occupés de donner de leur temps, il serait peut-être plus approprié d'examiner des moyens d'appuyer ceux qui font déjà du travail bénévole.

Également, il est reconnu que ce sont les femmes qui sont les "gardiennes de la santé" pour leur famille[48]. Ce sont surtout les femmes qui donnent des soins à leurs partenaires, à leurs parents plus âgés, et aux enfants lors de maladies.

Selon les observations de McDaniel, les femmes qui prennent soins des autres personnes de leur entourage sont moins susceptibles de prévoir des activités qui leur permettront de subvenir à leurs propres besoins, à ceux de leurs enfants et, par le fait même, plus susceptibles d'occuper des emplois précaires, mal rémunérés offrant peu d'avantages sociaux. Elles sont également plus susceptibles de quitter leur emploi rémunéré si « on a besoin d'elles à la maison », parfois en raison de leur situation inférieure sur le marché du travail. On juge alors que les femmes qui ont peu d'accès à des emplois et salaires convenables peuvent devenir victimes de leur situation familiale[49].

4.2 Rôle formel et professionnel des femmes rattachées aux institutions/ programmes de prestation des soins de santé

Les femmes représentent 80% des pourvoyeurs de soins de santé rémunérés. Comme il a été soulevé dans un des mémoires présentés à la Commission[50], la voix de ces 80 % de femmes n'est pas aussi forte que leur proportion en nombre. Un rapport de "Inquest into the Pediatric Cardiac Surgery unit" au Centre de Santé du Manitoba démontre que la discrimination systématique faite aux infirmières administratrices sur des questions aussi importantes que la qualité des soins de santé[51]. Le même problème se transpose également aux femmes qui donnent des services non rémunérés dans la communauté.

Un autre problème relevé dans ce domaine de travail est le salaire ridiculement bas des femmes qui assume les services à domicile pour le soin des malades chroniques. Les frais administratifs reliés à la gestion de ces services par des agences/organisations diminuent le taux de $ 9.50 imposé par le Ministère de la santé et des services communautaires en 1996 à $ 5.50 ou $ 7.50 l'heure. De plus, les frais de transport de ces employées et le temps pour se rendre au travail ne sont pas couverts.

---

[48] *Supra*, note 36.
[49] *Supra*, note 22.
[50] *Supra*, note 18.
[51] *Supra*, note 18, partie I intitulée "Why women are concerned about health reform".

Cette situation attribut au Nouveau-Brunswick le statut de province qui paie le taux le plus bas au pays. Nous voulons préciser que pour atteindre l'équivalent du revenu d'un bénéficiaire d'assistance sociale, par exemple accordé à un parent monoparental de 2 enfants, un taux de 10.13$ l'heure devrait être déboursé aux employé(e)s. Ceci signifie que le taux payé aux employé(e)s de ménage à domicile n'atteignent même pas le taux d'assistance sociale au Nouveau-Brunswick qui est un des plus bas au pays[52].

5. Les langues officielles et le principe de l'accessibilité aux soins de santé

Une organisation défendant les intérêts des femmes provenant des deux communautés linguistiques, ne peut passer sous silence le sujet de la langue de service au niveau des soins de santé, présentement un sujet d'actualité au Nouveau-Brunswick.

Une étude, initiée par un comité consultatif francophone récemment formé, a révélée que les services de santé en français en milieu minoritaire étaient de 3 à 7 fois moins accessibles comparativement aux services en anglais[53].

Nous désirons rappeler que les droits et libertés énoncés dans la *Charte* ne peuvent être restreints arbitrairement. Le non respect de ces principes au niveau de la langue de service dans les soins de santé, brime le droit des Canadiens à l'accessibilité des services et brime les valeurs de l'équité et la qualité de service dans les soins de santé.

5.1 La législation

La *Loi canadienne sur la santé* garantit l'accès à des soins de santé pour tous les Canadiens, peu importe où ils vivent. Pour sa part, la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick* de 1969, fait la promotion de l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne par le biais du gouvernement fédéral[54].

Également la *Loi reconnaissant l'égalité des communautés linguistiques officielles du Nouveau-Brunswick*[55] est inscrite à l'article 16.1 de la *Charte canadienne des droits et libertés.*

La *Loi canadienne sur la santé* devrait inclure le principe de la dualité linguistique. Ainsi les groupes linguistiques minoritaires, partout au Canada, pourraient bénéficier de soins de santé dans la langue de leur choix. Les principes de la *Loi canadienne de la santé* incluraient donc un sixième principe : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité, accessibilité et **dualité linguistique**.

---

[52] *Supra,* note 2 à la partie 5.5.4.

[53] Santé Canada a mis sur pied un comité consultatif francophone de pairs avec un comité anglophone afin de jouer le rôle de conseiller sur les orientations des politiques du ministère sur le plan linguistique afin de respecter la législation fédérale sur les langues officielles.

[54] Partie VII de la Loi sur les langues officielles, article 41.

[55] L.N.B. 1981, c. O-1.1.

Il est difficile de parler de prévention et d'accessibilité des services si un citoyen ne comprend pas la langue utilisée par le professionnel de la santé ou ne peut se faire servir dans la langue officielle de son choix.

6. Les scénarios envisagés pour l'avenir des soins de santé au Canada et les recommandations du CCCF

Après avoir fait le point sur la situation de la femme en relation avec les déterminants de la santé et le système de santé de façon générale, le Conseil consultatif sur la condition de la femme désire réagir aux quatre scénarios proposés par la Commission dans le cadre de sa consultation publique : soit d'accroître les investissements publics, de partager les coûts du système avec les usagers, de laisser le choix entre les services publics et privés ou de réorganiser les services.

6.1 Accroître les investissements publics dans le système de soins de santé

Position du Conseil consultatif sur la condition de la femme : L'accroissement des investissements publics ne peut pas régler tous les problèmes existants, du moins pas si cet accroissement se fait sans une réorganisation de la prestation de services.

Plusieurs auteurs notent que le message véhiculé au public est que notre système de soins de santé tel qu'on le connaît, nous coûte trop cher et risque de nous mener vers la récession. Ce message est clamé haut et fort pour qui veut l'entendre[56]. Ce message crée un état d'urgence qui peut entraîner l'acceptation de changements drastiques et moins avantageux pour la population et en particulier pour les femmes. Un sondage effectué au Nouveau-Brunswick en 1999, a révélé des inquiétudes quant aux décisions politiques visant à augmenter les coûts du système. Ce sujet préoccupe tous les Canadiens d'ailleurs[57].

6.1.1 Parlons budget et chiffres

Au Canada, plusieurs auteurs nous démontrent que les coûts du système de santé au Canada ne sont pas exorbitants en comparaison avec le budget global[58]. Actuellement, nous n'atteignons que le niveau d'investissement de budget comparable à celui de 1992 *per capita*. En réalité, le Canada ne dépense que 9.2 % du PIB sur la santé, comparativement au taux de 10.2 % en 1992[59].

---

[56] Mémoire soumis à la Commission de l'avenir des soins de santé du Canada, Institut canadien des actuaires à la page 22, disponible sur le site internet au www.healthcarecommission.ca ; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, À bas les mythes/, Mythe no. 6, disponible sur site internet au www.chsrf.ca

[57] *Supra*, note 2 à l'annexe C : Recherche sur l'opinion publique, La qualité des soins de santé au Nouveau - Brunswick, Corporate Research Associates Inc.

[58] L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Ontario Registered Nurses Speak Out for Medicare - Protect, Preserve and Strengthen, novembre 2001 à la p. 34, mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé, disponible sur site internet : www.healthcarecommission.ca

[59] Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, "À bas les mythes/, Mythe no. 6, disponible au site internet : www.chsrf.ca .

Lors du Forum national sur la santé en 1997, on a soulevé le fait que les budgets destinés aux soins de santé étaient en grande partie consacrés aux hôpitaux et aux salaires des médecins[60]. Ce Forum a également démontré que la population désire plutôt des soins de santé intégrés, coordonnés et axés vers le client en mettant l'emphase sur la prévention et la gestion des maladies chroniques[61].

6.1.2 Les compressions budgétaires et la réduction des infirmières dans le système

Dans plusieurs provinces canadiennes, afin de pallier les déficits budgétaires, le nombre d'employé(e)s de soutien est augmenté au lieu de faire l'embauche d'infirmières supplémentaires. Cette approche soulève des préoccupations quant à la qualité des services.[62] Plusieurs organisations, dont l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, commandent la prudence face à cette approche car elle ne génère pas nécessairement des économies. En effet, il faut tenir compte des coûts relié à la formation, au remplacement du personnel, à la supervision d'employés moins qualifiés, etc[63].

Des recherches démontrent que les soins donnés par des infirmières qui possèdent la formation appropriée, permettent des économies beaucoup plus grandes que lorsque l'effectif du personnel infirmier est réduit. Il semble que la présence d'infirmières accréditées dans la prestation des soins soit avantageuse et positive à tous les niveaux : [64]

1. prévention des complications
2. période d'hospitalisation réduite
3. taux de réadmission moins élevé,
4. diminution des coûts des médicaments
5. satisfaction plus grande des patients
6. meilleure connaissance de l'évolution des maladies

Effectivement, lorsque ces 6 éléments sont présents, tous les indices de la santé pointent vers des économies à court et à long terme.

Le Conseil consultatif sur la condition de la femme croit que si une plus grande part du budget était destinée aux soins dans la communauté, des économies considérables seraient réalisées.

L'éducation, les soins communautaires, les services de santé publique et les déterminants de la santé sont les meilleurs moyens de réduire les coûts du système de santé.

6.1.3 Régime d'assurance maladie

Notons qu'aux fils des ans, certains services ne sont plus couverts par l'assurance maladie au Canada. Pour certains, ces services sont maintenant couverts par les plans médicaux privés au travail. Les employé(e)s bénéficiant de ces programmes doivent donc débourser une part des coûts.

En observant les effets du phénomène de la pauvreté chez les femmes nous constatons que, étant moins disponibles à l'emploi, ces dernières ont moins accès à des plans médicaux privés et des

---

[60] *Supra*, note 35 à la p. 14.
[61] *Ibid.* à la page 15.
[62] *Supra*, note 35 à la p. 24 en référence au Forum national sur les soins infirmiers de 1997.
[63] *Ibid.*
[64] *Ibid.*, p. 25.

fonds de pensions reliés à l'emploi. Les femmes sont souvent désavantagées à ce niveau car beaucoup d'entre elles ne peuvent se permettre de réserver une part de leur revenu pour leurs soins de santé dans le secteur privé.

Nous ne pourrons mettre assez d'emphase sur l'importance des régimes d'assurance maladie pour les femmes. Selon nous, des coupures à ce niveau auraient pour effet de mettre en péril un minimum de sécurité pour les femmes et les enfants.

Selon plusieurs auteurs, le régime de l'assurance maladie est la formule la plus avantageuse économiquement. D'ailleurs Charles Baillie démontre que l'accessibilité et l'universalité qui sont des piliers de notre système, ne pourront être sauvegardés si les principes du libre marché sont appliqués au système de soins de santé du Canada par l'avenue de la privatisation[65].

6.2 Partager les coûts du système de soins de santé

Position du Conseil consultatif : Nous ne pouvons appuyer une orientation qui demande aux femmes de débourser des frais supplémentaires pour les soins de santé sous la formule d'un ticket modérateur. Le taux de pauvreté chez les femmes et les enfants au Canada le justifie amplement. D'ailleurs les effets néfastes des tickets modérateurs sur l'accessibilité ont largement été démontrés par plusieurs études au Canada et aux États-Unis.

Un sondage effectué par Radio-Canada révèle que 63 % des Canadiens sont contre l'application d'un ticket modérateur et la réduction des services de santé[66]. Les Canadiens favorisent plutôt une gestion plus efficace du système.

Au Québec des chercheurs ont constaté que les patients prenaient moins les médicaments prescrits lorsque ces médicaments n'étaient pas couverts par le système public et l'on a assisté à une détérioration de leur santé ainsi qu'une augmentation des patients en salle d'urgence[67]. À long terme il en coûtera plus cher si les personnes âgées et les personnes pauvres sont en mauvaise santé.

Une étude de l'Ontario souligne l'exemple d'une expérience faite en Saskatchewan qui a démontré qu'en plus de diminuer les visites aux médecins pour les personnes pauvres nécessitant des soins, les cliniques privées n'ont pratiquement réalisé aucun profit[68]. Également, les personnes malades sont plus susceptibles de mourir lorsque des frais d'utilisation doivent être payés et ce sont principalement les pauvres qui utilisent moins les services médicaux dans ce contexte[69]. Considérant que les personnes pauvres sont en moins bonne santé selon les chercheurs, le taux d'utilisation moins élevé des services médicaux n'est pas signe de succès et ne fait que retarder un traitement médical plus coûteux.

---

[65] *Supra*, note 63 à la p. 22.

[66] Sondage Ipsos-Reid pour le compte du quotidien torontois Globe and Mail et du réseau de télévision CTV, Le système de santé doit être mieux géré, pas privatisé, Radio-Canada national, le 26 janvier 2002 Ces résultats sont jugés juste 19 fois sur 2, la marge d'erreur étant de plus ou moins trois points de pourcentage.

[67] *Supra*, note 64, mythe no. 4.

[68] Medical Reform Group of Ontario, disponible sur site internet http://www.hwcn.org/link/mrg/ .

[69] *Supra*, note 77.

Plusieurs études démontrent que les Canadiens tiennent aux valeurs qui ont dirigé notre système de santé. Comparativement aux autres pays, les Canadiens reconnaissent leur système d'assurance maladie comme étant un excellent régime. Les personnes qui prétendent qu'il y a des "abuseurs" du système, ont intérêt à revoir les impacts à long terme d'une orientation basée sur la punition et le désavantage des pauvres. **D'ailleurs, les chiffres démontrent que le taux d'abuseurs des soins de santé se chiffre à seulement 2 %**[70]. Est-ce que le nombre d'abuseurs réels justifie de mettre à risque nos principes d'universalité et d'accessibilité ?

Ce scénario ne contribue pas à l'amélioration des déterminants de la santé, reconnus officiellement comme les facteurs d'une bonne santé. En revanche, une population en bonne santé se traduit par des économies pour la société. Par conséquent, si les personnes retardent leur consultation médicale pour des raisons monétaires, les chances de détérioration du problème de santé augmentent ainsi que les chances d'hospitalisation. Il est clair que les coûts reliés à l'intervention sont beaucoup plus élevés que les coûts de la prévention. Attendre que les problèmes se transforment en "urgence" n'est pas la solution. Pour éviter les crises, il faut assurer un soutien à domicile et faire de l'éducation populaire sur la maladie[71].

6.3 Laisser le choix aux citoyennes et aux citoyens

La position du Conseil consultatif sur la condition de la femme : Nous croyons que la privatisation va introduire des concepts reliés aux "profits" et aux "affaires" en plus de créer un système à deux vitesses. Nous sommes préoccupés par l'impact négatif de cette approche sur l'accès et l'universalité des services de santé pour les femmes et les enfants au Canada.

Les recherches ont démontré que les principes d'universalité et d'accessibilité sont brimés dans les soins de système privé[72]. Les femmes pauvres vont définitivement être pénalisées si cette option est privilégiée. Une majorité d'organisation ne croit pas que l'on puisse impliquer les entreprises privées dans la santé sans que le profit prédomine sur les soins offerts[73].

Une expérience de clinique privée à Calgary a démontré que les frais étaient plus élevés comparativement aux hôpitaux du secteur public, et ce, pour les mêmes services[74]. Il semble que cette tendance soit une constante au sein des cliniques privées.

Un autre exemple des États-Unis nous démontre qu'une clinique de dialyse référait moins leurs patients pour des transplantations de reins car il était beaucoup plus lucratif pour la clinique de les maintenir sur la dialyse. De plus, l'on a constaté que les patients traités pour la dialyse dans ces cliniques privées décédaient plus souvent de leur condition que lorsqu'ils étaient soignés dans les hôpitaux publics[75].

Il est important de souligner qu'aux États-Unis 40 millions d'Américains n'ont pas d'assurance maladie[76]. Les régions desservies par les hôpitaux du secteur privé aux États-Unis écopent de

---

[70] *Supra*, à la note 64, mythe no. 6.
[71] Yan Muckle, Plus de prévention, moins de béton, *L'Actualité*, le 15 avril 2002, aux pages 37-38.
[72] *Supra*, note 64.
[73] Roger Doiron, Association des aînés et aînées du Nouveau-Brunswick, *Acadie Nouvelle*, le mardi 23 avril 2002, à la p. 23.
[74] *Supra*, note 64.
[75] *Ibid.*
[76] Debbie McGraw, Présidente du syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, *Acadie*

rapides augmentations dans leurs dépenses de la santé. De plus, les frais administratifs sont plus élevés, et la qualité des soins est moindre comparativement aux hôpitaux du secteur public.

Selon la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, les listes d'attente pour les services sont gérées de façon incohérente et aléatoire. Par conséquent, le fondement pour avancer que les systèmes privés amélioreraient le temps d'attente est loin d'être solide. Au contraire plusieurs études ont prouvé qu'un système de soins de santé parallèle ne diminue aucunement le temps d'attente.

Notre réaction aux trois premiers scénarios présentés par la Commission est résumé dans les recommandations suivantes :

RECOMMANDATIONS

Que les gouvernements se positionnent clairement contre la privatisation des services du système de soins de santé.

Que le gouvernement se positionne clairement contre le principe du ticket modérateur pour des services de soins de santé.

Que le gouvernement fédéral maintienne son rôle traditionnel de défenseur des valeurs canadiennes au niveau des soins de santé en adoptant des mesures uniformes sur le plan de l'accessibilité et l'universalité des services.

Que l'analyse comparative selon le sexe soit intégrée au développement des politiques sur la santé.

Que la *Loi canadienne sur la santé* soit modifiée afin d'inclure un sixième principe de dualité linguistique.

Que des structures soient mises en place afin de permettre la concertation et l'implantation de programmes de formation en français pour les professionnels de la santé.

Que la lutte contre la pauvreté des femmes de tous les âges soit mise au même rang que les autres interventions pour améliorer la santé, par l'établissement de politiques gouvernementales appropriées (équité salariale, support pour les familles à bas revenus, etc.).

Le Conseil consultatif croit qu'une réorganisation de la prestation des services, telle que présentée dans la prochaine partie, répond davantage aux valeurs canadiennes.

6.4 Réorganiser la prestation des services de soins de santé

Position du Conseil consultatif sur la condition de la femme: Les femmes et les enfants au Canada ont besoin d'un modèle de prestation de service basé sur une approche de services

---

Nouvelle, à la p. 23, le mardi 23 avril 2002.

accessibles, abordable, équitable, de qualité et orientée vers le client[77]. Le Conseil consultatif croit fermement que le modèle proposé par le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick est un modèle viable reflétant une vision communautaire et holistique de la santé[78]. Le Conseil consultatif sur la condition de la femme appuie l'intégration des infirmières praticiennes dans le système de soins de santé publique.

Au Nouveau-Brunswick, tel qu'en témoigne le rapport déposé par le Comité de l'Étude sur les services de santé du N.-B. en 1999, une réorganisation de la prestation des services est une alternative privilégiée[79]. Plusieurs organisations font la promotion d'une réorganisation de la prestation des services, tel que décrit dans le Plan de gestion des ressources et des services infirmiers (1993)[80].

La communauté est le point de départ de l'intervention en matière de mieux-être et que les établissements de soins de santé doivent être le dernier recours. Un changement de schème de pensée est cependant nécessaire. Il faudra passer d'une conception thérapeutique de la santé à une conception selon laquelle la santé est synonyme de mieux-être tel que décrit dans la partie des déterminants de la santé du présent mémoire.

Le modèle communautaire prévoit la mise sur pied d'une équipe où tous les intervenants de la santé collaborent ensemble. Le pouvoir de décision décentralisé vers les régions, permet aux équipes de travailler ensemble pour atteindre les objectifs provinciaux sur le plan de la santé[81].

Ce modèle d'intégration consiste donc à dispenser des soins qui répondent à tous les besoins en matière de santé avec un minimum de chevauchements. Ce modèle économique fonctionne en partenariat avec les dispensateurs des soins de santé

Lors d'étude des services de santé au Nouveau-Brunswick[82], des preuves ont été présentées à l'effet que le modèle d'intégration peut entraîner une grande amélioration au niveau des soins de santé. Étant donné que 60 % des visites en salles d'urgence sont évaluées comme non-urgentes, la présence des infirmières praticiennes contribuerait à diminuer :

1. les visites à la salle d'urgence
2. le temps d'attente pour voir un médecin en salle d'urgence
3. le temps d'attente pour les cas non-urgents
4. possiblement le nombre de médecins requis pour desservir la population

---

[77] *Ibid.*, à la partie 4.1.
[78] *Supra*, note 3 aux pages 9 et 10.
[79] Roy, J. Romanow, C.R. Commissaire, Préparer l'avenir des soins de santé, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Rapport d'étape, février 2002, site internet www.commissionsoinsdesanté.ca à la partie 3.1.
[80] *Supra*, note 2 à la partie 5.12.1.
[81] *Ibid.* à la partie 4.1.
[82] *Ibid.* à la partie 5.12.1.

Ce modèle de prestation de services permettrait aux médecins de se concentrer sur les cas "urgents" avec plus d'efficacité et ne nécessiterait pas que le médecin voie tous les patients[83].

Les tâches des infirmières praticiennes (immatriculées) seraient d'établir le diagnostic et prescrire des mesures thérapeutiques adaptées à leur domaine d'exercice. Les infirmières ne doivent cependant pas donner des services hors de leurs compétences[84].

En ce qui concerne les compétences des infirmières praticiennes, mentionnons l'analyse effectuée par la "American Nurses Association" (ANA) au niveau des soins de santé primaire. Cette analyse démontre que les infirmières praticiennes ont obtenu de meilleurs résultats ou des résultats supérieurs aux médecins pour la plupart des variables de l'analyse[85]. Le Conseil consultatif sur la condition de la femme a confiance dans les compétences et le potentiel des infirmières dans un nouveau modèle de prestation de services.

Dans un mémoire soumis au Comité d'étude sur les services de santé en décembre 1998, L'Association des infirmières et infirmiers du N.-B. identifie les problèmes suivants[86] :

- Le système de santé est basé sur une approche curative des maladies
- Les soins de santé sont basés sur les hôpitaux et dirigés par les médecins sans égards à l'hygiène publique, la santé mentale, etc.
- Les infirmières pourraient fournir une contribution précieuse au niveau de la prestation des soins de santé
- Il y a une sensibilisation à faire pour que les gens reconnaissent les avantages des cliniques communautaires dans la communauté
- les services fragmentés qui font double emploi
- des patients plus malades reçoivent leur congé plus tôt des hôpitaux
- les ressources communautaires sont souvent inadéquates et rares, ce qui crée un effet de "porte tournante", et donc des réadmissions inévitables dans les hôpitaux
- les problèmes d'accès au cabinet des médecins entraînent un emploi inapproprié des salles d'urgences comme point d'accès aux services
- les retards causés par des lacunes du système, qui ont pour effet de prolonger les périodes d'hospitalisation alors que les lits sont vacants dans les foyers de soins.

Les infirmières et infirmiers affirment que le système actuel de rémunération à l'acte n'encourage pas les médecins à faire un travail d'équipe. L'organisation recommande que d'autres systèmes de rémunération des médecins soient étudiés et que ces modèles soient basés sur le partenariat et le travail d'équipe[87]. Le Conseil consultatif appuie cette recommandation.

6.4.1 Un modèle communautaire

Nous désirons souligner l'expérimentation d'un modèle de soins de santé communautaire, situé dans une région minoritaire et rurale du Canada soit la région d'Évangéline, IPE. En effet, cette région a mis sur pied un centre de santé communautaire en 1996 qui s'avère être un franc succès

---

[83] *Ibid.* à la partie 5.12.2.
[84] *Supra*, note 35 à la p. 29.
[85] *Ibid.*, à la p. 29 en référence à l'"American Nurse Association", 1992.
[86] *Supra*, note 35 à la page 13.
[87] *Ibid.*, à la page 13.

sur le plan de la santé. L'éducation et la promotion de la santé globale dans la communauté ont provoqué des modifications de comportement très positives tels, diminution du taux de tabagisme, activité physique accrue de la population, et taux de décrochage scolaire qui est maintenant à zéro.

Lorsque nous considérons que les régions rurales sont les plus "souffrantes" à tous les niveaux de la santé, ce type de modèle communautaire devient intéressant et transposable dans d'autres régions rurales du Canada.

Le Conseil consultatif croit que le modèle communautaire pourrait contribuer à atteindre les objectifs et la vision à moyen long terme dont le Canada a besoin. Cependant, des investissements de la part des gouvernements seront requis afin de faire la mise sur pied de ces modèles communautaires[88].

Nous soutenons les infirmières et les infirmiers du Nouveau-Brunswick dans leurs recommandations quant à la révision de la législation afin de permettre aux infirmières praticiennes de donner des ordonnances à partir d'un formulaire approuvé, d'ordonner et d'interpréter des analyses à partir d'une liste approuvée. Également les infirmières et infirmiers pourraient évaluer, traiter, transférer les patients ou les autoriser à prendre leur congé.

Les recommandations suivantes suggèrent les mesures requises pour l'implantation du modèle communautaire :

RECOMMANDATIONS

Que les fonds nécessaires à la réorganisation de services fondée sur une approche communautaire soient fournis afin de permettre sa mise en oeuvre.

Que les programmes de transition pour le retour à la communauté des malades chroniques soient réévalués et adaptés aux besoins des femmes impliquées dans cette transition (formation, salaires, relève, régime de retraite, etc.)

Que le gouvernement fédéral supporte et encourage les provinces à enrailler les barrières administratives, monétaires ou autres pour l'implantation du modèle de prestation de soins communautaires.

Que le système actuel de rémunération à l'acte pour les médecins soit révisé et que d'autres systèmes de rémunération de médecin, basés sur une philosophie de partenariat et de travail d'équipe, soient étudiés.

Qu'il y ait un processus de mise en place pour consulter spécifiquement les femmes qui jouent le rôle de prestataire de soins de santé autant dans le secteur du travail rémunéré que dans le secteur bénévole, au sujet des changements proposés au système de santé.

Qu'une plus grande part du budget de la santé soit consacrée à la prévention et aux bonnes habitudes de vie par l'éducation publique dans la communauté.

---

[88] *Supra*, note 35 en référence à Cutshall 1992 et Labonté, 1990 ; le Premier rapport du Comité spécial des soins de santé : Rapport d'étape sur la stratégie de mieux-être.

Que le modèle de prestation de services de santé inclut un programme de développement de la petite enfance afin de contribuer à offrir des occasions d'acquérir de bonnes habitudes alimentaires et de goûter aux avantages de l'activité physique.

Que les gouvernements investissent davantage de fonds aux mesures et aux programmes positifs qui aident effectivement les personnes à arrêter de fumer.

Qu'un modèle de prestation des services de santé inclut des programmes pour encourager l'augmentation des heures d'activités physiques dans les écoles/communautés et que les différences fondées sur le sexe des enfants soient considérées.

Que la législation soit révisée afin de permettre aux infirmières de jouer le rôle qui leur revient dans la réorganisation de la prestation des services.

Conclusion

L'étude menée en 1999 sur les services de santé au Nouveau-Brunswick[89] a démontré que nous devons consacrer moins de fonds aux services hospitaliers et plus de fonds au secteur de la santé publique et aux services cliniques essentiels.Nous croyons que le temps est venu de concrétiser ces recommandations et que les Canadiens démontrent une grande réceptivité face à l'approche de "dé-institutionnaliser" la prestation des soins de santé et opter l'approche communautaire au niveau des soins de santé primaires.

[89] *Supra,* note 2 en référence à une publication récente de la Banque mondiale, retrouvée en annexe de l'étude de 1999.

Les recommandations du Conseil consultatif sur la condition de la femme

1. **Que les gouvernements se positionnent clairement contre la privatisation des services du système de soins de santé.**

2. **Que le gouvernement se positionne clairement contre le principe du ticket modérateur pour des services de soins de santé.**

3. **Que les fonds nécessaires à la réorganisation de services fondée sur une approche communautaire soient fournis afin de permettre sa mise en oeuvre. La mise en oeuvre inclut les ressources humaines, matérielles, les structures dans la communauté.**

4. **Que le gouvernement fédéral maintienne son rôle traditionnel de défenseur des valeurs canadiennes au niveau des soins de santé en adoptant des mesures uniformes sur le plan de l'accessibilité et l'universalité des services.**

5. **Que les programmes de transition pour le retour à la communauté des malades chroniques soient réévalués et adaptés aux besoins des soignantes impliquées dans cette transition (formation, salaires, relève, régime de retraite, etc.).**

6. **Qu'il y ait un processus de mise en place pour consulter spécifiquement les femmes qui jouent le rôle de prestataire de soins de santé autant dans le secteur du travail rémunéré que dans le secteur bénévole, au sujet des changements proposés au système de santé.**

7. **Que les gouvernements investissent davantage de fonds aux mesures et aux programmes positifs qui aident effectivement les personnes à arrêter de fumer.**

8. **Qu'un modèle de prestation des services de santé inclut des programmes pour encourager l'augmentation des heures d'activités physiques dans les écoles/communautés et que les différences fondées sur le sexe des enfants soient considérées.**

9. **Qu'une plus grande part du budget de la santé soit consacrée à la prévention menant aux bonnes habitudes de vie par l'éducation publique dans la communauté.**

10. **Que le modèle de prestation de services de santé inclut un programme de développement de la petite enfance afin de contribuer à offrir des occasions d'acquérir de bonnes habitudes alimentaires et de goûter aux avantages de l'activité physique.**

11. **Que des structures soient mises en place afin de permettre la concertation et l'implantation de programmes de formation en français pour les professionnels de la santé.**

12. **Que la *Loi canadienne sur la santé* soit modifiée afin d'inclure un sixième principe de dualité linguistique.**

13. **Que la législation soit révisée afin de permettre aux infirmières de jouer le rôle qui leur revient dans la réorganisation de la prestation des services.**

14. **Que l'analyse comparative selon le sexe soit intégrée au développement des politiques sur la santé.**

15. **Que le gouvernement fédéral supporte et encourage les provinces à enrailler les barrières administratives, monétaires ou autres pour l'implantation du modèle de prestation de soins communautaires.**

16. **Que la lutte contre la pauvreté des femmes de tous les âges soit mise au même rang que les autres interventions pour améliorer la santé, par l'établissement de politiques gouvernementales appropriées (équité salariale, support pour les familles à bas revenus, etc.).**

17. **Que le système actuel de rémunération à l'acte pour les médecins soit révisé et que d'autres systèmes de rémunération de médecin, basés sur une philosophie de partenariat et de travail d'équipe, soient étudiés.**

Bibliographie

Santé Canada, www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/index.html .

L'étude sur les services de santé, Nouveau-Brunswick, rapport du Comité d'étude, présenté au premier ministre du Nouveau-Brunswick, Février 1999, disponible sur site internet http://www.gnb.ca/hw-sm/sm/pub/ess/index.htm .

Comité spécial des soins de santé, Assemblée législative du Nouveau-Brunswick, *Et le mieux-être, alors?* Guide de discussion, automne 2000.

Co ·seil consultatif sur la condition de la femme du NB, *Le mieux-être au Nouveau-Brunswick*, mémoire présenté au Comité spécial des soins de santé, Assemblée législative du N.-B., novembre 2000.

Lochhead, Clarence et Scott Katherine, *La dynamique de la pauvreté chez les femmes au Canada*, Conseil canadien du développement social, Financé par Condition Féminine Canada, Mars 2000, http://www.swc-cfc.gc.ca/ .

The Canadian Women's Health Network, mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, décembre 2001, www.healthcarecommission.ca .

Women's Health Clinic, *Women, Poverty and Health in Manitoba : An Overview and Ideas for Action*, July, 2000, http://www.cwhn.ca .

Christa Freiler, Felicite Stairs, Brigitte Kitchen avec Judy Cerny, *Les mères en tant que soutiens économiques et dispensatrices de soins : La responsabilité à l'égard des enfants, la politique sociale et le régime fiscal*, Condition féminine Canada, Mars 2001, http://www.swc-cfc.gc.ca/directf.html .

L'avenir des soins de santé au N.-B., la contribution infirmière, présenté au Comité d'étude sur les services de santé, 8 décembre 1998.

La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, Forum national sur la santé, Canada, 1997, www.nfh.hc-sc.gc.ca .

Women's Health Bureau, Health Canada, *Guide to Gender- based Analysis*, site internet http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes/faits/faits_acs.htm .

The Canadian Women's Health Network, mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, décembre 2001 www.healthcarecommission.ca .

Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada, Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2001, disponible sur site internet www.healthcarecommission.ca .

Présentation du premier ministre Bernard Lord à la Commission Romanow en date du 19 avril 2002,disponible sur le site internet du gouvernement du N.-B., www.gnb.ca .

L'Institut canadien des actuaires, Mémoire soumis à la Commission de l'avenir des soins de santé du Canada, janvier 2002 disponible sur le site internet au www.healthcarecommission.ca .

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, "À bas les mythes"/ Mythe no. 6, disponible sur site internet au www.chsrf.ca .

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, *Ontario Registered Nurses Speak Out for Medicare : Protect, Preserve and Strengthen*, novembre 2001, mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé, disponible sur site internet www.healthcarecommission.ca .

Sondage Ipsos-Reid pour le compte du quotidien Torontois Globe and Mail et du réseau de télévision CTV, Le système de santé doit être mieux géré, pas privatisé, Radio-Canada national, le 26 janvier 2002.

Medical Reform Group of Ontario, disponible sur site internet http://www.hwcn.org/link/mrg/ .

Roy, J. Romanow, C.R. Commissaire, *Préparer l'avenir des soins de santé*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Rapport d'étape, février 2002, site internet www.healthcarecommission.ca .

Le Premier rapport du Comité spécial des soins de santé : *Rapport d'étape sur la stratégie de mieux-être*, Assemblée législative du Nouveau-Brunswick.

Yan Muckle, Plus de prévention, moins de béton, *L'actualité*, 15 avril 2002, aux pages 37-38.

Conseil consultatif sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick, *Grandir au féminin au Nouveau-Brunswick 1970-2000*, 2001, disponible sur le site internet www.acswcccf.nb.ca .

Acadie Nouvelle, le mardi 23 avril 2002.

Acadie Nouvelle, le mercredi 17 avril 2002.

Telegraph Journal, le 25 mai 2000, reportage sur la publication d'un rapport de l'Institut Vanier de la famille.

Fédération des francophones de la Colombie-Britannique, *La fédération participe aux audiences de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : elle veut s'assurer que les francophones en milieu minoritaire ne sont pas oubliés*, Communiqué de presse, 12 mars 2002, site internet
www.forumsante.ca/manchette/manch020312.htm .

La santé de la population, Santé Canada, www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/index.html.

L'Association canadienne-française de l'Ontario, *L'ACFO provinciale exigera que la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada recommande un meilleur accès aux soins de santé en français en milieu minoritaire*, communiqué de presse, 21 mars 2002, disponible sur site internet http://www.forumsante.ca/manchettes/manch020312.htm

Manque de soins de santé en français : les aînés sont plus fragiles, Geneviève Daigle, Le Franco, le 7 décembre 2001, Saint-Paul (Alberta).

PEI Farming Village Takes Proactive Approach to Health , Brad Evenson, National Post, le 17 novembre 2001.

Pour optimiser la santé du système de santé, Mémoire de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, octobre 2001 www.healthcarecommission.ca .

Grandir au féminin au N.-B. 1970-2000, Conseil consultatif sur la condition de la femme du N.B., site Internet www.acswcccf.nb.ca .

Ministres responsables de la condition féminine, *L'autonomie et la sécurité économiques des femmes, un cadre stratégique fédéral, provincial et territorial*, mars 2001.

Plein feux sur les services de santé en français, Éditorial de Jean Mongenais, Le rempart, - L'hebdo des francophones du Sud-Ouest, Windsor, Ontario, le 9 janvier 2002, p.4.